

Ayudando a las Madres y los Bebés a Sobrevivir
Preeclampsia y Eclampsia

Guía del Proveedor



Helping Mothers Survive



Enero 2017

Agradecimientos

Ayudando a las Madres a Sobrevivir Preeclampsia y Eclampsia fue concebido y diseñado por un equipo en el Centro Global de Aprendizaje de Jhpiego dirigido por Laura Fitzgerald y Cherrie Evans. Queremos expresar nuestra sincera gratitud a nuestros compañeros y colegas en todo el mundo con los que trabajamos juntos para reducir las muertes innecesarias de las mujeres y sus bebés. Queremos agradecer especialmente a las personas que han guiado el desarrollo de estos materiales: la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Colegio Americano de Enfermeras-Matronas (ACNM), el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Programa de Supervivencia Materna Infantil (MCSP) y la Academia Americana de Pediatría (AAP). Un especial agradecimiento a nuestros colegas en Uganda por apoyarnos con la evaluación práctica de los materiales. No podemos olvidar a Anne Jorunn Svalastog Johnsen, Directora de Arte e Ilustradora Educativa y Bjorn Mike Boge, ilustrador en Laerdal por su inestimable ayuda haciendo estos materiales accesibles para todos.



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



American Academy
of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



Este trabajo ha sido posible gracias a Jhpiego, organización afiliada a la Universidad John Hopkins y Laerdal Salud Global



Jhpiego es un organización internacional sin fines de lucro afiliada a la Universidad John Hopkins. Durante más de 40 años, Jhpiego ha empoderado a trabajadores de salud en terreno, diseñando e implementando soluciones prácticas, efectivas y de bajo costo para fortalecer los servicios de atención en salud para mujeres y sus familias. Jhpiego trabaja para superar la barrena que impiden el acceso de las poblaciones mundiales más vulnerables a una atención en salud de alta calidad, implementando en la práctica diaria innovaciones de salud basadas en evidencia.

Salvando vidas al nacer

Ayudando a las Madres a Sobrevivir (AMS) y Ayudando a los Bebés a Sobrevivir (ABS) son una serie de módulos de capacitación para abordar las principales causas de mortalidad en mujeres y recién nacidos. Si se desarrollan las capacidades del personal de salud que provee atención antes, durante y después del parto, se pueden prevenir muertes innecesarias. AMS y ABS prepara a proveedores de salud de todos los niveles que asisten partos o manejan complicaciones para que presten una atención adecuada de alta calidad basada en la evidencia y para que identifiquen y manejen complicaciones que amenazan la vida de las mujeres y los recién nacidos

Dado que la atención de la mujer y el bebé debe ser integral para conseguir los mejores resultados, AMS y ABS usan un enfoque similar con un aprendizaje interactivo y práctico. Este modelo incluye aprendizaje en equipo, práctica de habilidades y simulaciones con prácticas inmediatas y retroalimentación. Cada módulo usa el aprendizaje interactivo Baja Dosis-Alta Frecuencia (BDAF), seguido de prácticas en equipo repetidas en el lugar de trabajo para reforzar y mantener las habilidades adquiridas. La integración AMS y ABS en otros programas de capacitación existentes ampliará el alcance de la capacitación en servicio, asegurando que los proveedores puedan manejar las necesidades críticas de mujeres y bebés.

El paquete de capacitación AMS Preeclampsia y Eclampsia (PE y E) está diseñado para equipos de trabajadores en atención de salud de terreno que prestan cuidados maternos durante el embarazo y el parto, incluyendo matronas y médicos así como enfermeras y personal de apoyo.

AMS PE y E ayuda a los participantes de la capacitación a dominar las competencias necesarias para detectar, clasificar y manejar la PE y E con efectividad y de manera segura.

Los materiales para la capacitación son los siguientes:

1. Plan de Acción 1 y Plan de Acción 2:

Son Apoyos de Trabajo en gráficos que ayudan a los proveedores a identificar y manejar la PE y E. El Plan de Acción 1 incluye la evaluación inicial, el diagnóstico y el tratamiento inicial y está orientado a aquellos proveedores que son los primeros en atender a la mujer que experimenta PE y E, bien sea en un centro de atención primaria, una clínica prenatal o un consultorio. El Plan de Acción 2 proporciona orientación para cuidados continuos y tratamiento de mujeres con Preeclampsia grave (PEG) y Eclampsia

(E) y está pensado para ser utilizado en centros de referencia que proveen manejo continuo avanzado.

2. **El Rotafolio** se usa como un instructivo y puede ser una referencia para la práctica continua después de la capacitación inicial.
3. **La Guía del Proveedor (GP)** está pensada tanto para el facilitador como los participantes. Contiene información para la práctica continua e información más detallada.

El módulo PE y E está diseñado como una capacitación en el lugar de trabajo de 1-2 días, dependiendo si el centro de atención puede proveer cuidados continuos para mujeres con PEG y E. Después de la capacitación, los participantes continuarán la práctica de las habilidades adquiridas o actualizadas, dirigidos por un coordinador entre pares local. Entendiendo que cualquier participante puede potencialmente coordinar las prácticas después de la capacitación inicial, esta Guía contiene materiales para todos.

Contents

Salvando vidas al nacer	4
Proporcione una atención respetuosa a las mujeres y a sus familias..	6
Comuníquese con efectividad con el equipo de atención...	7
Trastornos hipertensivos del embarazo	8
Tome la presión arterial	10
Evalúe proteína en la orina	12
Evalúe signos de peligro	14
Evalúe si aparecen convulsiones	16
Clasifique PE/PEG/E	18

Reevalúe	19
Pida exámenes de laboratorio	20
Aumente el seguimiento	21
Confirme edad gestacional	22
Parto a las 37 semanas	24
Proporcione cuidados esenciales maternos y neonatales.....	26

Movilice al equipo, Administre dosis de carga de MgSO ₄ ...	28
Movilice al equipo, Administre dosis de carga de MgSO ₄ Zuspan.....	30
Monitoree a la mujer después de administrar MgSO ₄	32
Administre medicación para reducir PA severa	34
Busque cuidados avanzados	36
Reciba la derivación y reevalúe o continúe los cuidados	38

Inicie o continúe MgSO ₄ . Inicie o continúe medicación para reducir PA severa	40
Continúe monitoreo de la mujer y el feto	42
Confirme edad gestacional	44
Interrumpa el embarazo	46
Administre Dexametasona	48
Hospitalice a la mujer	50
Parto	52
Proporcione atención esencial materna / neonatal y continúe el monitoreo después del nacimiento.....	54

Siglas.....	56
Referencias	57
Actividades BDAF	58
Respuestas de las sesiones	64
Póster Plan de Acción 1 Cuidados iniciales.....	66
Póster Plan de Acción 2 Cuidados avanzados	67

Provea una atención respetuosa a las mujeres y sus familias

Desempeño esperado

Se comunica profesional y respetuosamente con las mujeres y sus familias

Puntos clave

- *Toda mujer merece una atención materna respetuosa.*
- *La atención respetuosa salva vidas*
- *Toda mujer tiene derecho a privacidad y confidencialidad.*



Conocimientos clave

- Toda mujer merece respeto, independientemente de su etnia, cultura, situación social, religión, nivel de educación y estatus familiar o económico.
- La atención respetuosa salva vidas: la mujer puede no buscar asistencia si piensa que no va a ser tratada correctamente.
- La mujer tiene derecho a privacidad y confidencialidad durante la consejería, el examen físico, los procedimientos clínicos y el manejo de datos personales y clínicos.
- Respete el derecho de la mujer a tener un acompañante. El acompañante puede mejorar los resultados y contribuir a un trabajo de parto más breve.
- La mujer tiene derecho a rechazar la atención médica o buscar atención en otro lugar distinto.

Acciones clave

- Mantenga informada a la mujer sobre todo lo está pasando y por qué.
- Sea gentil al brindar la atención.
- Nunca deje sola a una mujer con PEG o
- Si debe ausentarse, deje a alguien más acompañándola y asegúrese de que sabe cómo pedir ayuda si fuera necesario.

Notas de consejería

Cómo demostrar respeto:

1. Preséntese con su nombre y sonría
2. Mire a la mujer cuando le habla
3. Use lenguaje simple y claro
4. Hable calmadamente
5. Preste atención cuando habla la mujer
6. Incluya a las mujeres y sus familias en conversaciones sobre cuidados
7. Explique siempre cualquier procedimiento y pida autorización antes de comenzar

Adaptado del Apoyo de trabajo USAID/MCHIP/ACNM:
"¿Atiendo a las pacientes y sus familias en la manera que a mí me gustaría ser atendido!" <https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Patient%20Care.pdf>

Comuníquese con efectividad con el equipo de atención

Desempeño esperado

Se comunica con efectividad con los miembros del equipo durante una emergencia.

Puntos clave

- Una buena comunicación salva vidas
- Sepa a quién pedir ayuda
- Asigne un rol a cada miembro del equipo
- Tenga preparado un plan de emergencia



Conocimientos clave

- Los miembros del equipo incluyen el personal en su centro de atención, personal del centro de referencia y la mujer y su familia.
- Una comunicación deficiente puede conllevar resultados negativos.
- Sepa a quién llamar en caso de una emergencia.
- La ansiedad y el miedo son normales durante emergencias (por ejemplo, durante una convulsión). Estas respuestas pueden bloquear la buena comunicación. Los proveedores deben permanecer en calma y comunicarse con sus compañeros, la mujer y la familia en un tono claro y tranquilizador.
- Tener un plan antes de una emergencia y realizar simulaciones para saber qué hacer genera confianza y facilita la comunicación durante emergencias. Estos ejercicios permiten a los proveedores la oportunidad de practicar la resolución de problemas, el trabajo en equipo y la toma de decisiones.

Acciones clave

- Alerta lo antes posible al resto de miembros del equipo en caso de emergencia para poder actuar rápido.
- Comuníquese con seguridad y claridad. No asuma que el resto del equipo sabe lo que usted está pensando.
- Hable suficientemente alto para asegurar que todas las responsabilidades han sido distribuidas y están siendo ejecutadas.
- Establezca claramente roles para cada persona que atiende una emergencia.
- Diríjase a todos por su nombre y clarifique quién hará cada cosa. Haga que cada persona repita en voz alta el rol que tiene asignado, por ejemplo -“Yo pondré una vía de suero salino”- para mostrar que la instrucción ha sido recibida y entendida.

Trastornos hipertensivos del embarazo



Normal

PAs 90 – 140 mmHg

y

PAd 60 – 90 mmHg

Preeclampsia (PE)

PAs \geq 140 mmHg

o

PAd \geq 90 mmHg

Preeclampsia grave (PEG)

PAs \geq 160 mmHg

o

PAd \geq 110 mmHg

Desempeño esperado

1. Describe el significado de Preeclampsia/ Eclampsia (PE/E)
2. Define PE, Preeclampsia grave (PEG) y E

Puntos clave

- Preeclampsia y Eclampsia son trastornos de la presión sanguínea. Estos trastornos incluyen hipertensión crónica y gestacional, Preeclampsia y Eclampsia. En este módulo nos enfocaremos en PE y E.
- PE y E son causas principales de mortalidad. Toda mujer embarazada, en trabajo de parto y después del parto está en riesgo durante y después del parto.
- La progresión a Preeclampsia grave puede producirse rápidamente. PEG y E son emergencias que ponen en riesgo la vida!
- La presión arterial debe revisarse en todas las visitas prenatales, durante la admisión para el parto, al ingreso, durante el trabajo de parto, después del nacimiento, durante los controles posparto y en cualquier momento cuando una madre o mujer embarazada acude con un problema.

Clasificación

(Más información en la pág. 18)

La PE y E se diagnostican solamente después de la semana 20 de edad gestacional (EG) .

Preeclampsia (PE)

- Presión arterial alta en dos lecturas diferentes por lo menos 4 horas de separación una de otra:
 - PAs ≥ 140 mmHg O
 - PAd ≥ 90 mmHg Más
- Proteinuria ≥ 300 mg de proteína en orina recogida en 24h o 2+ con una tira reactiva en una mujer sin antecedentes de proteinuria.

Preeclampsia grave (PEG)

1. PAs ≥ 160 mmHg O PAd ≥ 110 mmHg CON igual proteinuria mencionada arriba
- O
2. PE definida arriba MÁS alguno de los siguientes signos de peligro reportados por la mujer:
 - Cefalea intensa que no remite con analgésicos
 - Cambios en la visión
 - Dolor en el cuadrante superior derecho
 - Edema pulmonar
- O

Signos de peligro que sean cuantificables:

- Oliguria <400 mL de orina en 24h
- Plaquetas bajas, creatinina alta, o enzimas

Eclampsia (E)

- PE definida anteriormente, MÁS convulsiones o pérdida de consciencia.

Conocimientos clave

- La PE y E son causas principales de mortalidad materna y perinatal. Los proveedores cualificados trabajando en equipo salvan vidas mediante una detección rápida, un manejo correcto y una derivación apropiada.
- La PE se caracteriza por presión arterial elevada y proteína en la orina (proteinuria) después de la semana 20 de embarazo.
- Para detectar PE y E de manera temprana es esencial que durante las visitas prenatales, el parto y el posparto se revise regularmente y de manera exacta PA, la proteinuria y evalúe signos de peligro.
- Las mujeres con PE pueden desarrollar complicaciones que amenazan su vida, como falla renal y hepática, trastornos de coagulación, problemas cardíacos, respiratorios e infartos cardiovasculares.
- Eduque a las mujeres y familias acerca de los signos de peligro de PE y E. Algunas

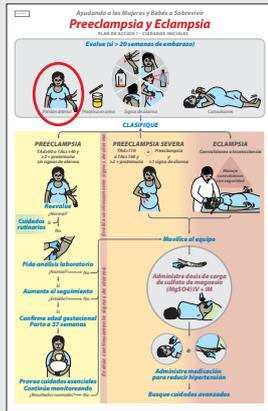
mujeres desarrollan E sin hipertensión o proteinuria.and stroke.

- La PE puede progresar rápidamente a E sin previo aviso. La Eclampsia es el trastorno hipertensivo más peligroso durante el embarazo.

Acciones clave

- **Examine a todas las mujeres después de la semana 20 de embarazo ante posible PE y E:**
 - Tome y anote la PA en todas las mujeres.
 - Si la PA es elevada, evalúe proteína en la orina.
 - Evalúe signos de peligro en todas la mujeres y cuando sea posible solicite análisis de laboratorio cuando la PA esté elevada.
- **Si sospecha un diagnóstico de PEG, no debe esperar 4 horas para tomar de nuevo la presión arterial. ¡Comience el tratamiento ya!**

Tome la presión arterial



Desempeño esperado

- Toma correctamente la presión arterial
- Distingue hallazgos normales de los anormales

Puntos clave

- ¡Las mediciones correctas de la PA son clave para el diagnóstico!

Conocimientos clave

- **PA Normal:** PAs 90–139 mmHg y PAd 60–89 mmHg
- **PE:** PAs ≥ 140 mmHg pero < 160 mmHg o PAd ≥ 90 mmHg pero < 110 mmHg en dos controles consecutivos tomados por lo menos en 4 horas de separación.
- **SEG:** PAs ≥ 160 mmHg O PAd ≥ 110 mmHg
- La presión arterial puede ser alta debido a factores químicos (tabaco o cafeína) o emocionales (miedo o estrés).
- La presión arterial puede variar debido a cambios físicos durante el embarazo. La PA normalmente desciende a mediados del embarazo pero vuelve a valores anteriores del embarazo cuando la mujer llega al término de la gestación
- La presión arterial puede variar debido a cambios físicos durante el embarazo. La PA

normalmente desciende a mediados del embarazo pero vuelve a valores anteriores del embarazo cuando la mujer llega al término de la gestación .

- El diagnóstico de PE se realiza con dos controles consecutivos, dostomados

Cómo tomar la PA

- El brazo debe estar libre de ropa ajustada.
- Asegure que la mujer está sentada correctamente, los dos pies en el suelo y su brazo a la misma altura que el corazón.
- Asegúrese de que la mujer se encuentra relajada y cómoda.
- Hable a la mujer de manera amable y respetuosa para ayudar a que se sienta relajada.
- Use un manguito de tensiómetro de talla apropiada si tiene acceso a diferentes tallas. El manguito debe abarcar al menos 3/4 de la circunferencia del brazo. Ajuste firmemente el manguito dejando la parte inferior aproximadamente a 2 cm sobre el codo
- Asegure que el manómetro está en 0 al comenzar y finalizar la medición.
- Si es necesario use la herramienta de calibración para ajustar la aguja del manómetro a 0.
- Coloque las olivas del estetoscopio de manera que apunten hacia su nariz.
- Presione rápidamente la pera infladora hasta 180mmHg. A continuación, abra la

por lo menos con 4 horas de separación, con la mujer en reposo y sin antecedentes de PA elevada.

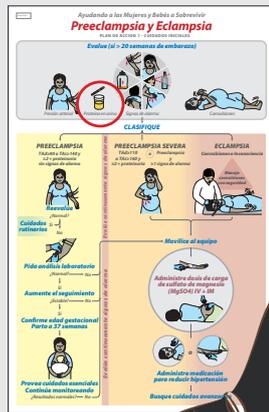
- **No obstante, PAs ≥ 160 mmHg o PAd ≥ 110 mmHg ¡es una emergencia! ¡Adopte medidas inmediatamente!**

válvula aproximadamente 3 mmHg/seg. La presión sistólica se registra cuando se oye el primer latido del corazón. La presión diastólica se registra cuando deja de oír los latidos.

- **Es importante registrar en cada medición lo que se oye, no lo que se ve.**

Cómo NO tomar la PA

- **NO** tome la PA si la mujer ha fumado, tomado alcohol o café, realizado ejercicio o ha tenido un procedimiento doloroso en los últimos 30 min.
- **No** tome la PA con la mujer acostada de espalda; el útero de la embarazada ejerce una presión sobre los vasos sanguíneos causando un descenso en la PA. Si no se puede sentar, tome la PA con la mujer recostada sobre el costado izquierdo.
- **No** hable con la mujer ni le haga preguntas mientras le toma la PA.
- **No** redondee por aproximación los números. Use el número exacto. En un tensiómetro manual, cada línea del manómetro corresponde a 2 mmHg



Evalúe proteína en la orina



Desempeño esperado

- Evalúa proteína en la orina
- Distingue hallazgos normales de los anormales

Puntos clave

- Las mujeres embarazadas saludables no deben tener más de 1+ proteína en orina.
- Proteinuria asociada con PE:
 - ≥ 300 mg de proteína en orina recolectada durante 24 horas o
 - Relación proteína en la orina/ creatinina de al menos 0.3 o $\geq 2+$ en orina usando una tira reactiva
- **Si no puede evaluar la proteína, comience el tratamiento inmediatamente en las mujeres que cumplan las características de PEG. ¡Actúe ya!**

Conocimientos clave

- Proteinuria excesiva: ≥ 300 mg de proteína en la orina recolectada durante 24 horas o 2+ en orina usando una tira reactiva. La detección de proteinuria es esencial para el diagnóstico de PE y puede salvar la vida de la mujer.
- Las tiras reactivas para la orina solo deben ser usadas si no existe otro método más fiable (por ejemplo: recolección de orina en 24 horas o relación proteína en la orina/ creatinina). Si usa una tira reactiva, la orina debe ser recogida con una "técnica limpia" para evitar la contaminación.

- La proteinuria puede indicar otras afecciones (anemia grave, enfermedad renal, infección del tracto urinario) como también contaminación por flujo vaginal, sangre o líquido amniótico. Sin embargo, la PE y E son las causas más comunes de proteinuria durante el embarazo.
- Las mujeres pueden tener PE y E ADEMÁS de otras condiciones que causen proteinuria.
- Una vez se haya detectado proteinuria en la mujer con hipertensión y el diagnóstico de PE o E esté confirmado, no es necesario volver a analizar la orina.

Acciones clave

- Evalúe la proteína en la orina en cualquier momento que la gestante muestre PAs ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg alrededor de la semana 20 del embarazo.
- **Si no puede medir la proteína o si está usando una tira reactiva y los niveles son menores de 2+ pero la mujer muestra signos de alarma o PA elevada, ¡comience el tratamiento ya!**
- Para recoger la orina con una "técnica limpia", pida a la mujer que se lave la vulva con agua, orine una pequeña cantidad y después coloque un envase limpio y seco debajo del chorro de orina.

Uroanálisis con tira reactiva visual

Usar solamente en ausencia de uno o más métodos fiables. Para analizar la proteína con una tira reactiva:

1. Recoja muestra de orina con una "técnica limpia".
2. Sumerja el extremo de la tira reactiva en la orina. Sacuda la tira para eliminar el exceso de orina golpeando ligeramente la tira en el lado del recipiente.
3. Compare el color de la almohadilla de la tira con la carta de colores proporcionada después de que el tiempo indicado por el fabricante haya transcurrido.

Cuantificar proteína con colección programada de orina

Programar la colección de orina para cuantificar la proteína es el estándar de excelencia.

Para cuantificar proteinuria utilizando la colección programada de orina, considere:

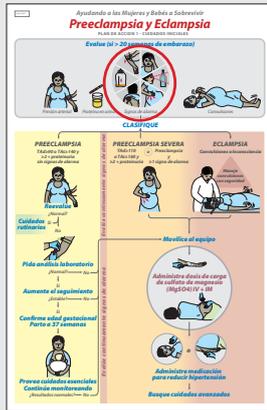
1. Colecte toda la orina producida en 24 horas en un recipiente grande.
2. Etiquete el recipiente con el nombre, hora inicial y final de recolección y prueba de laboratorio requerida.
3. Envíe el recipiente al laboratorio para análisis en la hora siguiente de completar la colección o refrigere hasta que se realice el análisis.

Relación proteína en la orina/ creatinina:

Puede utilizarse en sustitución de la colección programada de orina. Puede ser usado para "descartar" proteinuria.

1. Recoja muestra de orina con una técnica limpia
2. Tape bien el envase, etiquete y envíe la muestra al laboratorio para análisis en la hora siguiente de la toma de muestra o refrigere hasta que se realice el análisis.

Evalúe signos de peligro



Desempeño deseado

- Evalúa aparición de signos y síntomas de empeoramiento de PE

Puntos clave

- Las mujeres que presenten PA elevada deben ser siempre monitoreadas para descartar signos de peligro.
- Un inicio rápido de PA elevada acompañado de algún signo de peligro indica PEG ¡Es una emergencia!
- Es importante aclarar que PA elevada severa NO es necesariamente PEG. Una mujer puede tener PA elevada en una categoría inferior pero si muestra por lo menos un signo de peligro, ¡tiene PEG!
- **¡Diagnostique y trate PEG si la presión está ligeramente elevada (PAs \geq 140 mmHg o PAd \geq 90 mmHg) y aparece algún signo de peligro!**

Conocimientos clave

- **Toda mujer embarazada, durante el trabajo de parto y posparto debe ser evaluada para los siguientes signos de alarma:**
 - Presión arterial en la categoría "severa" (sistólica \geq 160mmHg o diastólica \geq 110mmHg).
 - Cefalea grave que no remite con analgésicos.

- Cambios en la visión, tales como visión borrosa, puntos centelleantes o amaurosis
- Dolor en el cuadrante superior derecho
- Edema pulmonar = dificultad al respirar y/o estertores (ruido respiratorio anormal) al auscultar sus pulmones.
- Oliguria = menos de 400 ml de orina en 24 horas
- En el pasado, el edema en las extremidades inferiores se consideraba un signo de PE. Actualmente no se considera parte del diagnóstico porque este edema es común en el embarazo avanzado. La hinchazón significativa de manos y cara tiene una fuerte asociación con PE.
- La oliguria debe ser medida con objetividad para considerar un diagnóstico de PEG, puesto que durante el embarazo son normales pequeñas pérdidas de orina. La mujer puede que reporte un descenso en la cantidad de orina si le pregunta. Los proveedores deben estar alerta a este importante signo para el diagnóstico, pero no debe preguntar a la mujer durante la consejería o la evaluación.
- Puede necesitar exámenes adicionales para un diagnóstico definitivo de PEG. Sospeche PEG y comience el tratamiento hasta que el diagnóstico sea descartado.
- Plaquetas bajas, creatinina sérica elevada y

enzimas hepáticas elevadas se consideran también signos de peligro.

Acciones clave

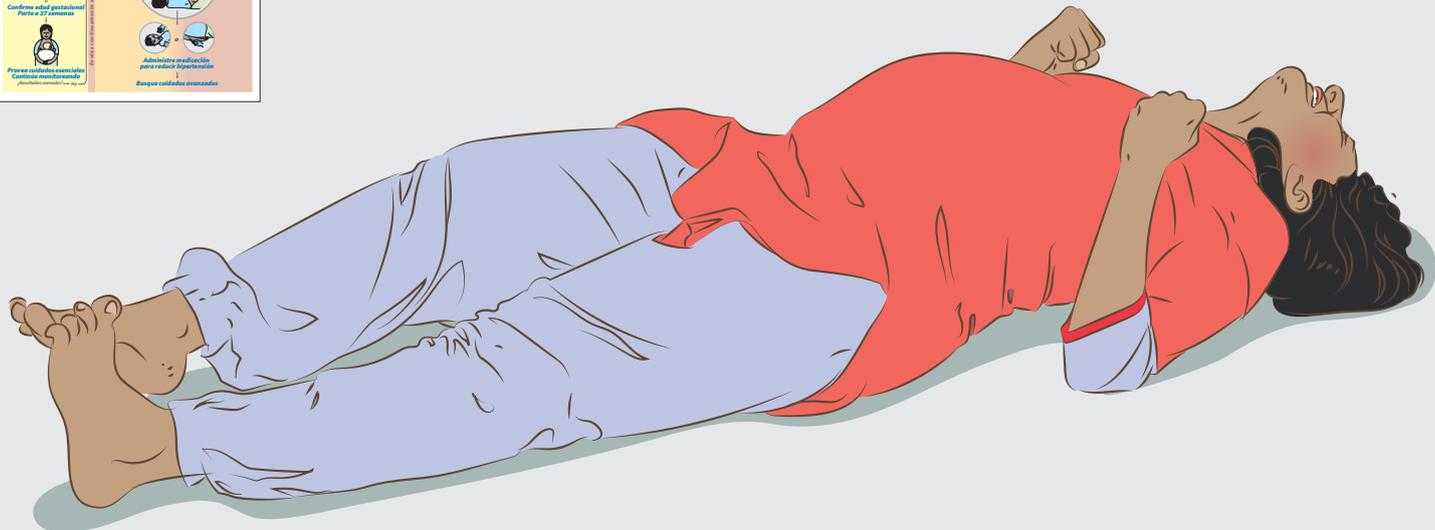
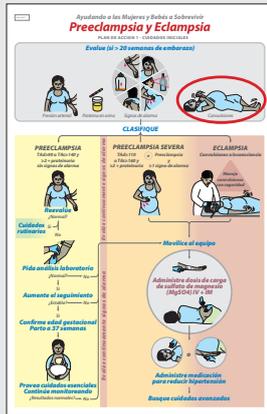
- Evalúe a las mujeres con presión arterial elevada ante posibles signos de peligro, preguntando por la aparición de cada signo.
- Oriente a todas las mujeres embarazadas, puérperas y a sus familias sobre los signos de peligro de PEG y E.

Nota sobre cuidados avanzados

Si es posible, haga lo siguiente:

- Monitoree ingreso de líquidos y producción de orina y recolecte la orina por 24 horas para evaluar oliguria y proteína total.
- Evalúe el volumen de líquido amniótico (valor normal para índice de líquido amniótico es >5 cm y <24 cm) y el crecimiento fetal mediante ecografía).
- Revise los siguientes exámenes de sangre (valores en el cuadro de la pág. 20):
 - Hemograma completo con recuento de plaquetas
 - Pruebas de función hepática (PFH)
 - Creatinina sérica

Evalúe si aparecen convulsiones



Desempeño esperado

- *Evalúa antecedentes de convulsiones.*
- *Identifica convulsiones en mujeres gestantes o puérperas recientes.*

Puntos clave

- *Las convulsiones son emergencias que ponen en riesgo la vida. ¡Movilice a su equipo ya!*

Conocimientos clave

- Si una mujer embarazada, durante el trabajo de parto o después del parto está inconsciente, experimenta una convulsión o presenta una convulsión reciente, usted debe sospechar un diagnóstico de E y debe ser tratada inmediatamente!
- **¡Es una emergencia que pone en riesgo la vida.**
- Los siguientes signos se observan con frecuencia durante una convulsión ecláptica:
 - Ojos prominentes y en blanco
 - Sacudidas de los músculos de la cara y manos
 - Puños y dientes apretados
 - Contracciones violentas de los músculos
 - Espuma en la boca
 - Respiración ruidosa
- La mujer puede perder la consciencia después de las convulsiones.

- Existen otras condiciones médicas además de la E que pueden producir convulsiones: epilepsia, meningitis, malaria cerebral, desequilibrio electrolítico, hemorragia intracerebral hipertensiva, traumatismo craneano y sobredosis de drogas.
- Las convulsiones asociadas con Eclampsia:
 - pueden producirse independientemente de la gravedad de la hipertensión (y pueden ocurrir en una mujer con PA normal)
 - son difíciles de predecir
 - pueden producirse sin dolor de cabeza o sin cambios en la visión
 - pueden reaparecer en una secuencia rápida y producir la muerte

Acciones clave

Cuando la mujer sufra una convulsión:

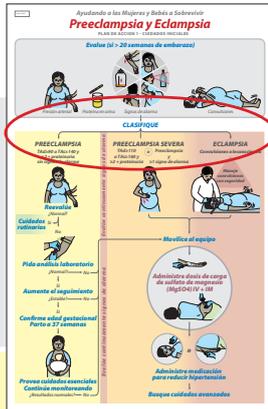
1. Grite para movilizar al equipo y pida el equipo de emergencia. Si usted está solo, considere a la familia de la mujer como parte del equipo
2. Vías respiratorias: vuelva a la mujer sobre su costado para prevenir aspiración. Asegure que las vías respiratorias están despejadas.
3. Si está disponible, administre oxígeno (4-6 L por minuto) usando una máscara o una cánula nasal.
4. Respiración: si la mujer deja de respirar, comience a ventilar con bolsa y máscara.
5. Circulación: si no hay pulso, comience el masaje cardíaco.
6. Proteja a la mujer de autolastimarse pero no restrinja sus movimientos.

7. No introduzca nada en su boca.
8. Nunca deje a la mujer sola.
9. Mientras atiende a la mujer, pregúntele a la familia sobre su historial médico y cualquier síntoma reciente de enfermedad incluyendo fiebre, escalofríos, dolores de cabeza o rigidez en el cuello.

Cuidados después de la convulsión:

- Continúe evaluando las vías respiratorias y respiración.
- Aspire secreciones si fuera necesario
- Observe el color de la mujer y evalúe si necesita oxígeno a 4-6 L por minuto
- Ausculte siempre los pulmones después de las convulsiones para detectar si la mujer ha aspirado fluidos.
- Coloque a la mujer de costado para reducir el riesgo de aspiración
- Controle signos vitales y FCF si el bebé no ha nacido
- Independientemente si la Eclampsia no ha sido diagnosticada, ¡trate inmediatamente como Eclampsia mientras confirma el diagnóstico!
- Para confirmar el diagnóstico, realice investigaciones adicionales enfocadas en la historia clínica, signos vitales, análisis de orina, pruebas de función hepática y renal, prueba rápida de diagnóstico o examen de frotis de sangre para malaria y otras pruebas necesarias.

CLASIFIQUE



Preeclampsia (PE)

PA ≥ 140 mmHg
 O
 dPAD ≥ 90 mmHg

(Dos lecturas realizadas con al menos 4 horas de diferencia)



2+ en tira reactiva
 O
 ≥ 300 mg proteína en orina de 24 horas
 O
 Relación proteína en la orina/creatinina de al menos 0.3



NINGUNO



NINGUNO

Preeclampsia Grave (PEG)

PA descrita arriba MAS al menos un signo de peligro
 O
 PA ≥ 160
 O
 PAD ≥ 110

Usualmente presenta:
 Proteinuria asociada con PE (ver arriba)

Al menos uno de los siguientes:

1. Dolor cuadrante sup. derecho
2. Cefalea severa
3. Visión borrosa
4. Edema pulmonar
5. Oliguria
6. Plaquetas anormales, creatinina sérica o enzimas hepáticas anormales

NINGUNO

Eclampsia (E)

Usualmente presenta:
 PA ≥ 140 O
 PAD ≥ 90

Usualmente presenta:
 Proteinuria asociada con PE (ver arriba)

Puede presentar al menos uno o ninguno de los signos de peligro mencionados arriba

Ha sufrido al menos una convulsión o está inconsciente



Desempeño esperado

Confirma o descarta el diagnóstico de PE basándose en una reevaluación.

Puntos clave

Cuando reevalúe a la mujer 4 horas después de una lectura inicial de PA elevada o cuando recibe a una mujer con un posible diagnóstico de PE usted debe:

- Repetir toma de la PA
 - Realizar el test de proteína en la orina si no se ha hecho antes
 - Evaluar signos de peligro y convulsiones
- Si sospecha un diagnóstico de PEG, no debe esperar 4 horas para repetir el control de la presión arterial. ¡Comience el tratamiento ya!

Conocimientos clave

- Las mujeres pueden llegar con información incompleta o no fiable, como una sola evaluación de la PA o una lectura incorrecta de la misma, un test de proteína en la orina contaminado o sin evaluación de signos de peligro. Recoja información usted mismo para confirmar el diagnóstico.

Manejo de la Preeclampsia Reevalúe

Acciones clave

- Si recibe a una mujer con un posible diagnóstico de PE, asegúrese rápidamente de que está estable y realice una evaluación de rutina: tome la PA, revise la proteinuria, evalúe signos de peligro y convulsiones.
- Si la mujer NO reúne las características para un diagnóstico de PE, considere otros problemas, eduque a la mujer para reconocer signos de peligro durante el embarazo, planifique el parto y preparación en caso de complicaciones y confirme la siguiente cita prenatal.
- Si la mujer REÚNE las características para un diagnóstico de PE:
 - Solicite análisis de laboratorio
 - Aumente la frecuencia de las visitas prenatales
 - Eduque a la mujer para reconocer los signos de peligro de PEG y E y otras complicaciones, y signos de trabajo de parto.
 - Asegúrese que tiene un plan para el parto y preparación para posibles complicaciones

Nota de consejería

1. Si diagnostica PE, explíquela a la mujer en qué consiste y adviértale que necesitará seguimiento más frecuente durante el resto del embarazo.
2. Advierta a la mujer que deberá buscar ayuda inmediatamente en caso de:
 - Dolor de cabeza intenso o persistente
 - Cambios en la visión
 - Dolor intenso en el cuadrante superior derecho
 - Dificultad respiratoria
 - Convulsiones
 - Disminución del movimiento fetal
 - Rotura de membranas
3. Asegure que la mujer tiene los números de contacto de emergencias y sabe cómo buscar ayuda si tiene problemas.
4. Asegúrese de que la mujer tiene un plan de transporte y algo de dinero en caso de emergencia.
5. Asegure que las parejas y la familia reconocen los signos de peligro, la necesidad de seguimiento inmediato y dónde acudir para recibir atención.

Manejo de la Preeclampsia

Pida análisis laboratorio



Desempeño esperado

En centros de atención con laboratorio, solicita los siguientes exámenes en caso de clientes con PE: Hemograma completo con recuento de plaquetas, creatinina sérica y enzimas hepáticas.

Puntos clave

- Los valores normales de los exámenes en ausencia de signos de peligro son tranquilizadores e indican que es seguro monitorear a la mujer con PE fuera del centro de atención.
- Si los valores de los exámenes son anormales, se requieren cuidados avanzados.
- Si usted trabaja en un centro de salud avanzado, el protocolo para manejar PE puede incluir pedir análisis de laboratorio si su primera sospecha diagnóstica es PE o PEG, en vez de esperar 4 horas.

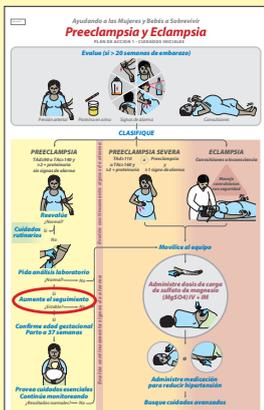
Conocimientos clave

- Los exámenes de laboratorio ayudan a detectar el empeoramiento de la enfermedad. Si están disponibles, contribuyen a la toma de decisiones y a buscar cuidados avanzados
- Si sospecha PE y E, realice los exámenes de laboratorio indicados en la tabla inferior si dispone de capacidad de laboratorio adecuada.
- El empeoramiento de los valores sugiere un agravamiento de la PE, aunque la mujer no muestre ningún signo de peligro de PEG.
- El análisis semanal es recomendable, independientemente de que solicite mas exámenes basándose en su juicio clínico.

Acciones clave

- Pida exámenes para evaluar y monitorear la condición materna
- Si los resultados de los exámenes son anormales empeoran y la mujer no está en un centro de cuidados avanzados, dérivela rápidamente.
- Siga las precauciones universales cuando extraiga sangre, maneje muestras y deseche los residuos.
- Explíquelo a la mujer por qué son importantes los exámenes. Comparta con ella los resultados y su significado.

Examen de laboratorio	Uso	Valores esperados en empeoramiento de PE y E	Frecuencia de exámenes en mujeres con PE estable
Hemograma completo con recuento de plaquetas	Evaluar trombocitopenia	Recuento de plaquetas menor de 100,000	Semanalmente (o más frecuente de acuerdo a la condición de la mujer en base al juicio clínico del proveedor)
Creatinina sérica	Evaluar función renal	≥ 1.1 mg/dL or 2 x baseline	Semanalmente
Enzimas hepáticas	Evaluar función hepática	AST/ALT doble de valores normales	Semanalmente



Manejo de la Preeclampsia

Aumente el seguimiento

Conocimientos clave

- Las mujeres diagnosticadas con PE que no estén en trabajo de parto y cuyos exámenes de laboratorio sean normales, no necesitan ser hospitalizadas si pueden acudir a control dos veces por semana y si pueden acceder a cuidados inmediatos si presentan algún signo de peligro.

Acciones clave

Para las mujeres diagnosticadas antes del trabajo de parto:

- Continúe cuidados prenatales
- En cada visita:
 - Tome la PA
 - Evalúe reflejos para establecer una línea basal antes del tratamiento con $MgSO_4$ (lea en el cuadro cómo evaluar reflejos)
 - Ausculte los pulmones
 - Monitoree condición fetal: crecimiento fetal, movimiento fetal y frecuencia cardíaca fetal. Si hay evidencia de peligro para el feto, derive a un centro con capacidad de cuidados apropiados para mujeres con PEG y E
 - Evalúe signos de peligro de PEG y E EN CADA VISITA y asegure que la mujer recibe cuidados inmediatos si presenta cualquiera de estos signos. Deberá ser admitida en un centro de cuidados avanzados.

- Continúe los análisis de laboratorio semanalmente si es posible.
- En mujeres diagnosticadas durante el trabajo de parto, monitoree usando el partograma. Evalúe regularmente signos de empeoramiento de PE.
- Maneje a la mujer con PE en el posparto de acuerdo a la gravedad. Monitoree en forma estricta y de preferencia en el centro de salud hasta 72 horas después del parto y de nuevo una semana después hasta que la PA sea normal.
- Si aparece cualquier signo de peligro o la PA pasa a la categoría de severa, d PEG e inicie el tratamiento inmediatamente.**

Desempeño esperado

Monitorea a la mujer diagnosticada con PE de manera segura y apropiada

Puntos clave

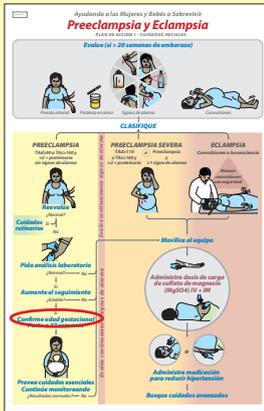
- Las mujeres con Preeclampsia – ¡sin signos de peligro!- deben tener seguimiento dos veces por semana hasta la semana 37 cuando deberían tener su parto.
- En cada visita debe: tomar la presión arterial, monitorear el feto, auscultar pulmones, revisar reflejos, evaluar signos de PEG.
- Realizar exámenes de laboratorio semanalmente.
- Toda mujer con Preeclampsia que no pueda acudir a control dos veces por semana debe ser hospitalizada o derivada a un centro de atención avanzado.

Evaluación de reflejos

- Pida a la mujer que se siente con las piernas colgando relajadamente
- Busque el tendón justo debajo de la rótula
- Golpee el tendón con la parte ancha del martillo de reflejos, o el borde de un estetoscopio o el lado de su mano de manera ágil y suave.
- Al golpear el tendón, se debe producir una sacudida en la pierna inferior. Observe la velocidad de la respuesta. Es esta velocidad la que indica si los reflejos son normales, no la amplitud del movimiento de la pierna.

Manejo de la Preeclampsia

Confirme edad gestacional



Desempeño esperado

Confirma o calcula la EG en cualquier visita durante el embarazo

- Realiza estimaciones de la EG basándose en información disponible.

Puntos clave

- Un cálculo correcto de la EG nos ayuda a decidir
 - si la gestación es >20 semanas, por razones de diagnóstico
 - si el crecimiento fetal es adecuado
 - si el feto es pre-término y necesita cuidados especiales
 - si es el tiempo para que tenga su parto

Conocimientos clave

- Sospeche de PE en todas las mujeres sin antecedentes conocidos de hipertensión, que desarrollan PA elevada después de las 20 semanas de gestación.
- Sospeche de PE en mujeres con hipertensión crónica que desarrollen un empeoramiento en la PA, proteinuria o signos de PEG y E después de la semana 20 de gestación.
- Un cálculo correcto de la EG nos ayuda a decidir si podemos monitorear a la mujer

con PE o si es el tiempo para que tenga su parto.

- En caso de PE, un cálculo correcto de la EG permite programar el nacimiento a las 37 semanas.
- En caso de PEG y E, un cálculo correcto de EG nos permite decidir si son necesarios corticoesteroides para ayudar a madurar los pulmones y los vasos sanguíneos.
- Utilice diferentes métodos para calcular la EG.

Acciones clave

Cuando la mujer acude a la visita prenatal, verifique su fecha probable del parto (FPP) en su ficha clínica. Fíjese en el método usado: D).

1. Fecha última menstruación (FUM),
 2. Tamaño del útero antes de las 20 semanas
O altura uterina (AU) medida desde la sínfisis del pubis hasta el fondo del útero y/o
 3. Ecografía
- Si no se ha documentado la FPP, calcule la EG basándose en el primer día de la FUM y la altura uterina actual.. Recuerde que la FUM puede no ser fiable si se ha usado la píldora anticonceptiva o inyecciones hormonales en los últimos 3 meses o si la mujer estaba en periodo de lactancia en el

momento de la concepción.

- Use una rueda de embarazo o el calendario y la siguiente fórmula para calcular la FPP:
 - (Primer día FUM) + (7 días) – (3 meses), o
 - (Primer día FUM) + (7 días) + (9 meses)
- Para calcular la EG, necesita saber el número de semanas entre FPP y el fecha de hoy. $EG = 40 - (\text{número de semanas entre la fecha de hoy de hoy y la FPP})$
- Si confirma la EG con la altura uterina
 - En la semana 20 el útero se encuentra a la altura del ombligo
 - A partir de la semana 20, mida desde la sínfisis del pubis hasta el fondo del útero. Centímetros = semana de gestación.

Nota sobre cuidados avanzados

Cuando hay una diferencia de más de 3 semanas entre la altura uterina y la FUM o cuando la FUM se desconoce o no es fiable, confirme la EG mediante ecografía. No obstante, determinar las semanas de gestación con precisión usando ecografía es menos fiable en el embarazo avanzado: la fecha por ecografía durante el tercer trimestre puede diferenciarse hasta 3 o 4 semanas en ambas direcciones.



Manejo de la Preeclampsia

Parto a las 37 semanas Monitoree el trabajo de parto y facilite un nacimiento limpio y seguro



Desempeño esperado

- Confirma EG en mujeres con PE y deriva para inducción y nacimiento a las 37 semanas y 0 días si la EG es fiable.
- Provee monitoreo apropiado del trabajo de parto y asiste un nacimiento limpio y seguro.

Puntos clave

- ¡La cura para PE es el parto!
- Una mujer con PE y una estimación fiable de EG debe dar a luz en las 24-48 horas después de alcanzar la semana 37 y 0 días. Si la mujer desconoce la FUM o no realizó una ecografía fiable en el primer trimestre y el estado de la madre y el feto es tranquilizador, no se debe inducir el parto.
- Si debe inducir el parto, derive la mujer a cuidados avanzados.
- Las mujeres con PE están en riesgo de progresar a PEG o E durante el trabajo de parto y posparto. ¡Continúe monitoreo exhaustivo!
- Siga las guías de la OMS para monitoreo del trabajo de parto y uso de mejores prácticas para un nacimiento limpio y seguro.

Conocimientos clave

- Si la mujer tiene PE, continuar el embarazo después de 37 semanas pone en riesgo tanto a la mujer como al feto.
- Si las fechas que maneja no son fiables:
 - Compruebe si puede establecer la FUM

- mediante otras preguntas.
- Derive a la mujer para hacer una ecografía.
- Si no tiene más información, use la altura uterina para una mejor estimación clínica.
- Aconseje tempranamente a las mujeres y sus familias acerca de la recomendación de inducir el parto en la semana 37 para que estén preparadas.
- El porcentaje de casos de Eclampsia durante el trabajo de parto y el nacimiento es entre 13% y 36%. Monitoree estrictamente durante este periodo para diagnosticar PE, detectar un empeoramiento y prevenir convulsiones

Acciones clave

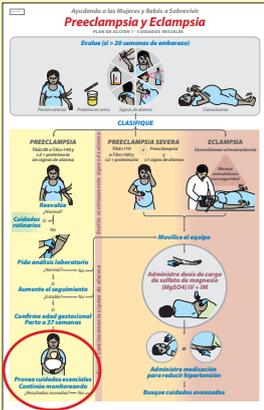
- La inducción del parto y el nacimiento deben realizarse en un centro de cuidados avanzados con la capacidad de asistir partos vaginales, cesáreas u otro tipo de intervenciones.
- Monitoree a la mujer diagnosticada con PE de acuerdo a las orientaciones de la OMS, usando el partograma para tomar decisiones.
- Controle PA cada hora (o al menos cada 4 horas), dependiendo de la severidad de la hipertensión y de los síntomas. ¡Si la PA aumenta a PAs \geq 160 mmHg o PAD \geq 110 mmHg, inicie inmediatamente el tratamiento para PEG!
- Continúe auscultando los pulmones para verificar aparición de edema pulmonar.

- Continúe evaluando regularmente aparición de signos de peligro.
- Realice el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP). Administre a todas la mujeres 10 UI de oxitocina IM o 600 mcg de misoprostol vía oral en el primer minuto del nacimiento.
¡No administre ergometrina!
- Si la PE es diagnosticada durante el trabajo de parto, extraiga sangre para iniciar exámenes de laboratorio si están disponibles (hemograma completo con recuento de plaquetas, creatinina sérica y pruebas de función hepática).
- Si en algún momento durante el trabajo de parto aparecen signos de peligro, diagnostique PEG, busque ayuda e inicie el tratamiento anticonvulsivo con MgSO₄.

Nota sobre cuidados avanzados

El parto vaginal debe ser la primera elección en caso de PE a no ser que se requiera cesárea por razones obstétricas.

- Evalúe el cuello uterino y facilite la inducción del parto usando el método basado en las condiciones del cuello uterino y la disponibilidad local.
- Programe el parto por cesárea si la maduración cervical no es favorable o la inducción falla.



Manejo de la Preeclampsia

Provea cuidados esenciales maternos y neonatales



Desempeño esperado

- Provee una atención de apoyo y calidad a las mujeres con PE y sus bebés después del nacimiento.
- Identifica el empeoramiento de la enfermedad.

Puntos clave

- Las mujeres con PE están en riesgo de desarrollar PEG o E después del parto y deben ser monitoreadas al menos durante las primeras 72 horas. El 40% de los diagnósticos de E comienzan en el periodo posparto.
- Toda mujer debe recibir cuidados esenciales posparto.
- Todo bebé debe recibir cuidados esenciales neonatales.
- Haga una cita de seguimiento en una semana para revisar PA, evaluar posibles signos de peligro y proveer atención rutinaria al bebé y la madre.

Conocimientos y acciones clave

Para las mujeres:

- Provea una atención respetuosa con privacidad.
- Monitoree exhaustivamente al menos por 72 horas después del nacimiento, preferiblemente en un centro de atención.

- Continúe auscultando los pulmones diariamente para verificar aparición de edema pulmonar.
- Continúe monitoreando la aparición de signos de peligro y enseñe a las mujeres cómo responder si aparecen estos signos.
- Monitoree estrictamente aparición de hemorragia.
- Provea atención rutinaria posparto y monitoree según las directrices nacionales.
- Asesore a la mujer acerca de un probable riesgo de PE y E en futuros embarazos y de desarrollar hipertensión en los próximos años.
- Asegúrese de que la mujer tiene un método anticonceptivo de su elección antes del alta.

Para recién nacidos:

- Facilite contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido por al menos una hora después del nacimiento y el inicio de la lactancia dentro de la primera hora del nacimiento. Monitoree la habilidad del bebé para adherirse al pezón y succionar.
- Monitoree la respiración.
- Monitoree la temperatura del bebé y manténgalo tibio.
- Monitoree cualquier signo de peligro en el recién nacido durante las primeras 24 horas de vida: alimentación deficiente, convulsiones, respiración rápida, tiraje intercostal severo, ausencia de movimientos espontáneos, baja o alta temperatura y coloración amarillenta en la piel o en los ojos.

Los bebés nacidos antes de la semana 38 pueden requerir cuidados adicionales.

Durante los primeros 90 minutos después del nacimiento:

- **Brinde cuidados a los ojos:** para prevenir infecciones graves y ceguera.
- **Provea cuidados al cordón umbilical.** No aplique nada al cordón (salvo que se recomiende clorhexidina).
- **Administre vitamina K** para proteger al bebé de hemorragias importantes.
- **Examine al bebé:** respiración, color de la piel, movimientos, actividad, apariencia del cordón y otras características físicas.
- **Mida la temperatura del bebé:** una temperatura de 36.5° C – 37.5° C se considera normal.
- **Pese al bebé.**
 - Los bebés por debajo de 2500 g pueden necesitar cuidados especiales para prevenir baja temperatura corporal.
 - Los bebés por debajo de 2000 g deben recibir contacto piel a piel prolongado.
 - Los bebés por debajo de 1500 g deben recibir cuidados avanzados.

Las mujeres con PE y PEG tienen más riesgo de nacimientos de pretérmino y bebés pequeños para su edad gestacional. Prepárese para proveer cuidados adicionales a bebés prematuros y/o de bajo peso.

Apoyando a las Mujeres y Bebés a Sobrevivir
Preeclampsia y Eclampsia
 Guía de acción | OMS/OPS 2014

Evales (≥ 20 semanas de embarazo)

CLASIFIQUE

PREECLAMPSIA
 Tabique de alto riesgo
 de complicaciones
 en el parto

PREECLAMPSIA SEVERA
 Tabique de alto riesgo
 de complicaciones
 en el parto

ECLAMPSIA
 Complicaciones de emergencia

Coloque al paciente en posición lateral izquierda

Pida análisis laboratorios
 (hemoglobina, hematócrito, creatinina, calcio, magnesio, ácido úrico, albúmina, plaquetas)

Asesore al diagnóstico

Confirme el diagnóstico
 Parto a 24 semanas

Prevea cuidados especiales
 Cuidados neonatales

Movilizó al equipo

Administre dosis de carga de sulfato de magnesio (MgSO₄)

Administre medicamentos para reducir la hipertensión

Busque cuidados avanzados

Manejo de la Preeclampsia Grave y Eclampsia

Movilice al equipo

Administre dosis de carga de MgSO₄



Desempeño esperado

- Al diagnosticar PEG y E, alerta rápidamente a su equipo e inicia una respuesta coordinada.
- Administra rápidamente la dosis de carga correcta de sulfato de magnesio ($MgSO_4$).

Puntos clave

- Responda ante el diagnóstico de PEG y E como una emergencia y movilice a su equipo. ¡Actúe rápidamente!
- $MgSO_4$ es el mejor anti-convulsivo para PEG y E. La dosis de carga recomendada incluye:
 - 4 g $MgSO_4$ al 20% IV y
 - 10 g $MgSO_4$ al 50% IM (5 g en cada glúteo).
 - 10 g $MgSO_4$ 50% solution IM (5g in each buttock).
- Prepare y mantenga un botiquín de emergencia con todos los insumos necesarios para PEG y E.

Conocimientos clave

- El diagnóstico de PEG o E debe provocar una respuesta rápida y bien coordinada del equipo.
- Una mujer con PEG o E puede convulsionar en cualquier momento. El equipo necesita

actuar rápidamente para proveer una atención que salva vidas.

- Uno de los proveedores debe dirigir al equipo. Los demás miembros del equipo deberán responder con agilidad.
- Cada miembro del equipo debe conocer sus roles ANTES de una emergencia.
- El $MgSO_4$ es una medicación segura que salva vidas. Si se administra correctamente, los efectos secundarios son muy raros.
- Existen distintas presentaciones de $MgSO_4$. Es esencial administrar las concentraciones correctas (20% IV y 50% IM) para asegurar su efectividad y reducir el riesgo de toxicidad.
- La OMS aconseja el régimen de Pritchard (IV y IM) en lugares de pocos recursos, debido a la dificultad de monitorear el flujo de perfusión IV.
- El $MgSO_4$ causa sudoración, enrojecimiento y calor. Otros efectos secundarios pueden incluir náuseas, vómito, debilidad muscular y palpitaciones. Advierta a la mujer sobre estos efectos y tranquilícela.

Acciones clave

Tenga preparado un botiquín de emergencia para PE y E (contenido en pág. 31). Asegure que todos conocen y tienen acceso a este botiquín en todo momento.

Para administrar la dosis de carga usando $MgSO_4$ al 50% (1 g in 2 mL):

1. Administre 4 g IV $MgSO_4$ al 20% , por 5–20 minutos:

- Tome una jeringa estéril de 20 ml .
- Extraiga 8 ml (4 g) $MgSO_4$ al 50%.
- Añada 12 ml de agua estéril en la misma jeringa para preparar una solución al 20%.

Nota: Si maneja solución multiusos, extraiga primero la solución.

2. A continuación, administre inmediatamente 10 g de $MgSO_4$ al 50%, 5 g en el cuadrante superior externo de cada glúteo:
 - Tome 2 jeringas estériles de 20 ml. Extraiga 10 ml (5 g) de $MgSO_4$ al 50% en cada jeringa
 - Añada 1 ml de lidocaína al 2% en cada jeringa.
 - Administre una inyección IM profunda en cada glúteo
3. Si aparecen convulsiones después de 15 min, administre 2 g $MgSO_4$ al 20% IV por 5 min.
 - Tome una jeringa estéril de 10 ml
 - Extraiga 4 ml (2g) of $MgSO_4$ al 50% en la jeringa
 - Añada 6 ml de agua estéril para preparar una solución al 20%
 - Inyecte IV lentamente por 5 minutos
4. Registre todas las dosis administradas en la Hoja de Monitoreo del $MgSO_4$ (vea recursos en pág. 65)

Deberá usar una sola dosis IM de 10 g $MgSO_4$ solamente si el tratamiento IV no esté disponible y solo hasta que la mujer pueda ser derivada a cuidados avanzados.



Manejo de la Preeclampsia Grave y Eclampsia

Movilice al equipo

Administre dosis de carga de MgSO₄ Zuspan



Desempeño esperado

- *Administra rápidamente la dosis de carga correcta de MgSO₄ IV, solamente si se cumplen los criterios de infusión IV.*

Puntos clave

- *Tanto el régimen IV (Zuspan) y el régimen IV + IM (Pritchards) previenen con efectividad las convulsiones en mujeres con PEG.*
- *El régimen de Zuspan solo debe ser considerado si el monitoreo preciso de las infusiones lentas de IV es posible. La bomba de infusión es el mejor método. Si tienen experiencia y personal suficiente, puede utilizarse infusión por gravedad.*
- *El régimen de Zuspan nunca debe ser usado en centros de atención que sólo puedan iniciar el tratamiento para PEG y E antes de derivar a la mujer a cuidados avanzados.*

Conocimientos clave

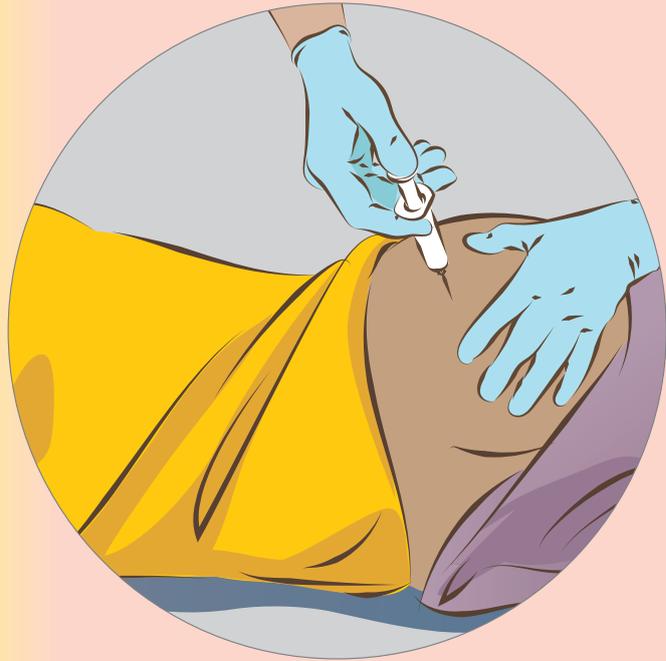
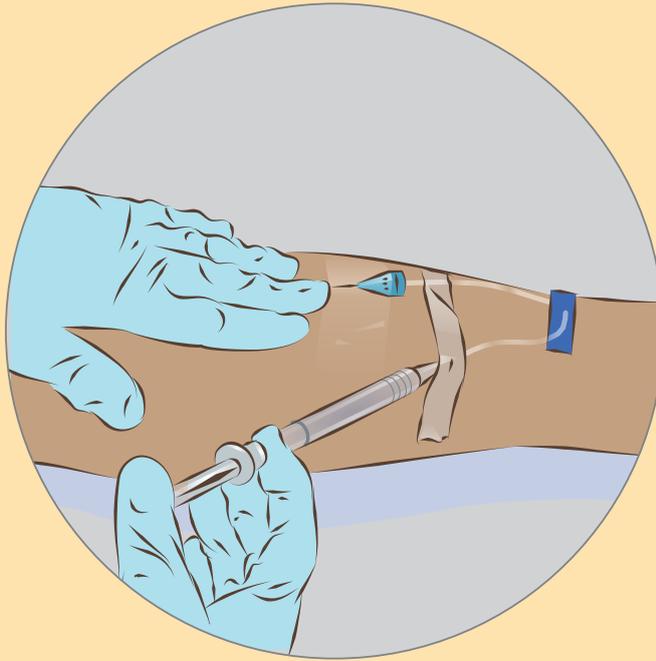
- No hay ninguna evidencia de que uno de los dos regímenes (Pritchard o Zuspan) sea clínicamente más efectivo que el otro.
- Los beneficios del régimen de Zuspan incluyen:
 - Efecto terapéutico más rápido.
 - No es necesaria la vía intramuscular, la que puede ser dolorosa y causar inflamación en el área de inyección.
- La dosis de carga para el régimen de Zuspan consiste en 4g de MgSO₄ al 20% IV en 20 ml durante 5-20 min.
- La dosis de mantenimiento es 1g MgSO₄ IV por hora. Prepare:
 - 500 ml IV de suero salino o lactato Ringer + 10 g MgSO₄ al 50%, 50ml/hora **por gravedad o bomba de infusión**
 - O**
 - 1000 ml IV suero salino o lactato Ringer + 20 g MgSO₄ al 50%, 50 ml/hora solamente por bomba de infusión

Acciones clave

- Use el régimen de Zuspan solamente en centros de atención donde:
 - la mujer no necesite ser derivada a otro centro.
 - existe suficiente personal para monitorear
 - los proveedores usan bombas automáticas de infusión o tienen habilidad para calcular el flujo de goteo y usan infusión por gravedad
- Monitoree siempre cada hora para asegurar que no aparecen signos de toxicidad (pág. 33). Si aparecen signos de toxicidad, interrumpa la infusión IV.

Manejo de la Preeclampsia Grave y Eclampsia

Monitoree a la mujer después de administrar $MgSO_4$



Desempeño esperado

Continúa administrando $MgSO_4$ con confianza, seguridad y competencia.

Puntos clave

- *Monitoree la toxicidad de $MgSO_4$ consistentemente cuando continúe la terapia anticonvulsiva.*
- *Asegure siempre de que no aparezcan signos de toxicidad antes de administrar la siguiente dosis.*
- *Administre la dosis de mantenimiento cada 4 horas hasta 24 horas después del nacimiento o 24 horas después de la última convulsión, lo que ocurra último.*
- *El Gluconato de calcio es el antídoto para el $MgSO_4$. Manténgalo preparado en caso de paro respiratorio.*

Para administrar la dosis de mantenimiento de $MgSO_4$:

- Tome una jeringa estéril de 20 ml
- Extraiga 10 ml (5 g) de $MgSO_4$ al 50%
- Añada 1 ml de lidocaína al 2%
- Verifique el glúteo donde dio la última inyección de $MgSO_4$ y administre una IM profunda en el otro glúteo.

Conocimientos clave

- La mujer debe ser monitoreada para verificar aparición de toxicidad. Los signos de toxicidad por $MgSO_4$ incluyen:
 - Frecuencia respiratoria menor de 16 respiraciones por min.
 - Ausencia de reflejos
 - Producción de orina menor de 30 ml/hora
- Si está administrando solamente la dosis de carga antes de derivar a la mujer a cuidados avanzados, monitoree hasta que se complete la derivación.
- Si la mujer no recibe cuidados avanzados en las siguientes 4 horas, deberá comprobar que no hay signos de toxicidad y administrar la primera dosis de mantenimiento: 5g $MgSO_4$ al 50% 10 ml IM en un solo glúteo

Acciones clave

- Monitoree exhaustivamente cada hora la aparición de signos de toxicidad por $MgSO_4$ y anote los resultados:
 - Controle respiraciones en 1 min.
 - Evalúe reflejos rotulianos.
 - Coloque una sonda vesical y mida la producción de orina
- Antes de repetir el $MgSO_4$ (después de 4 horas), compruebe que:
 - La frecuencia respiratoria es ≥ 16 respiraciones/min
 - Hay reflejos rotulianos
 - Producción de orina es ≥ 30 ml/hora promedio en las 4 horas precedentes

- Interrumpa o retrase el $MgSO_4$ ante la aparición de cualquier signo de toxicidad. Si administra infusión IV continua, decida cada hora si continúa o suspende el $MgSO_4$, según signos de toxicidad.
- En caso de paro respiratorio:
 - Ventile con bolsa y máscara
 - Administre 1g de gluconato de calcio (10 ml al 10%) IV lento durante 3 minutos hasta que comience a respirar
- Anote la información en la hoja de monitoreo de $MgSO_4$

Contenido del botiquín de emergencia para PE y E:

1. $MgSO_4$ al 50%—al menos 16 g
 2. Lidocaína al 2%—al menos 1 ampolla
 3. Agua esterilizada o suero salino para diluir
 4. 1 torniquete
 5. 3 jeringas de 20 ml con agujas IM
 6. Gasas impregnadas con alcohol
 7. Guantes—al menos 2 pares
 8. Equipo y agujas para IV
 9. Bolsa 500 ml IV de suero salino
 10. Gluconato de calcio—al menos 1g
- Compruebe siempre la fecha de vencimiento antes de usar cualquier medicación del botiquín.
 - Reaprovisione el botiquín después de cada uso y guárdelo en el área designada.



Manejo de Preeclampsia Grave y Eclampsia

Administre medicación para reducir la PA severa



Desempeño esperado

Identifica si la mujer necesita medicación antihipertensiva y administra la medicación y dosis correctas.

Puntos clave

- Toda mujer con hipertensión severa debe ser tratada con medicación antihipertensiva.
- La elección de la medicación se basará en la disponibilidad local, la experiencia del proveedor, efectos adversos y contraindicaciones.

Conocimientos clave

- Una mujer con PAs ≥ 160 mmHg o PA ≥ 110 mmHg necesita urgentemente medicación antihipertensiva para controlar su presión arterial
- Nifedipina - (formulación acción rápida), Hidralazina y Labetalol están recomendadas para el tratamiento inmediato de los trastornos hipertensivos del embarazo. La elección de la medicación se basará en las normas del centro de atención.
- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (como captopril) están contraindicados para el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo.

- Tampoco se recomienda el uso de hidroclorotiazida.
- El $MgSO_4$ puede bajar levemente la presión arterial pero nunca debe ser utilizado para tratar la hipertensión. **Use el diagnóstico de la presión arterial para determinar la necesidad del tratamiento antihipertensivo.**
- **PA esperada: 140-155 mmHg/90-100 mmHg, en las siguientes 1-2 horas**
 - Niveles inferiores a los aconsejados pueden disminuir la sangre al feto, causando sufrimiento fetal.

- Niveles superiores a los aconsejados pueden causar derrame cerebral.
- MgS El $MgSO_4$ puede ser utilizado en forma segura con antihipertensivos.

Acciones clave

- Administre tratamiento antihipertensivo de acuerdo con la siguiente tabla.
- Registre todas las medicaciones administradas en la ficha clínica de la mujer.

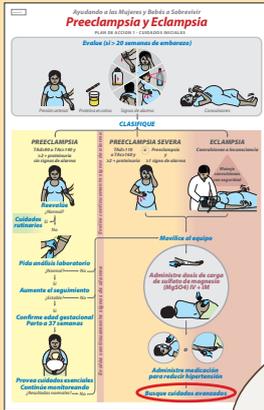
Medicación más común para tratar presión arterial $\geq 160/110$ mmHg

Medicación	Dosis y vía de administración	Continuación	Dosis max.	Comentarios
Nifedipina acción rápida	5–10 mg VO	Si no hace efecto en 30 min. repetir dosis hasta controlar PA	30 mg	Considere otros medicamentos si la PA no desciende en 90 min
Hydralazine IV	5 mg IV, lento	Repetir dosis cada 5 min. hasta lograr PA esperada. Repetir dosis cada hora si es necesario o administrar 12.5 mg IM cada 2 horas si fuera necesario	20 mg/24 horas	
Labetalol PO	200 mg PO	Repetir después de 1 hora hasta lograr PA esperada	1200 mg/24 horas VO	No administrar a mujeres con insuficiencia cardiaca congestiva, shock hipovolémico o asma
Labetalol IV	10 mg IV	Si no hace efecto en 10 min, administrar 20 mg IV. Puede doblar la dosis a 40 mg y 80 mg. (espere 10 min. entre dosis) hasta lograr PA esperada	300 mg, y cambiar a a vía oral	No administrar a mujeres con insuficiencia cardiaca congestiva, shock hipovolémico o asma.
Alpha methyldopa PO	750 mg PO	Repetir después de 3 horas hasta hasta lograr PA esperada	3 g/24 horas	

V: intravenoso, IM: intramuscular, VO: oral

Manejo de la Preeclampsia Grave y Eclampsia

Busque cuidados avanzados



Desempeño esperado

- Inicia tratamiento a las mujeres con PEG y E
- Deriva a las mujeres que necesitan más cuidados de los que su centro de atención puede ofrecer
- Maneja la derivación cuando sea necesario

Puntos clave

- Las mujeres con signos de PEG y E requieren atención en centros de salud donde puedan ser monitoreadas exhaustivamente.
- **Administre inmediatamente una dosis de carga inicial de MgSO₄ antes de la derivación!**
- **Administre rápidamente una dosis inicial de antihipertensivos, si fuera necesario, antes de la derivación.**
- Después de la estabilización y tratamiento inicial, coordine la derivación usando:
 - Trabajo en equipo
 - Movilización oportuna
 - Toma de decisiones adecuadas
 - Preparación anticipada
 - Comunicación efectiva
 - Formulario de derivación, incluyendo diagnóstico, signos vitales y tratamiento administrado

Conocimientos clave

- Una mujer con PEG o E debe ser tratada en un centro de salud capaz de proveer atención de alta calidad a las mujeres con complicaciones.

- Si PEG o E se diagnostica en un centro salud que no provee cuidados avanzados, debe derivar a la mujer tan pronto como sea posible, después de haber recibido la dosis de carga de MgSO₄.
- Los antihipertensivos deben administrarse primero si son necesarios.

Acciones clave

- Provea cuidados iniciales apropiados a las mujeres con PEG y E, incluyendo la administración de dosis de carga de MgSO₄ y antihipertensivos, si fuera apropiado.
- Si está consciente, explíquelo a la mujer y a su familia que necesitará más atención y monitoreo del que su centro puede proveer.

Si la mujer necesita ser derivada:

1. Prepare un transporte fiable
2. Comuníquese con el centro de referencia:
 - Explique el diagnóstico y condición de la mujer.
 - Describa la atención provista, incluyendo la medicación.
 - Hora estimada de llegada
3. Asegure que la mujer tiene un acompañante.
4. Si es posible, envíe a un proveedor adiestrado para:
 - Monitorear a la mujer y al feto durante el traslado. Mantenga siempre a la madre y bebé juntos.
5. Administrar la primera dosis de mantenimiento de MgSO₄ si la mujer no llega al centro de referencia en 4 horas.

El proveedor debe disponer de los insumos para administrar MgSO₄ y asistir el parto si fuera necesario.

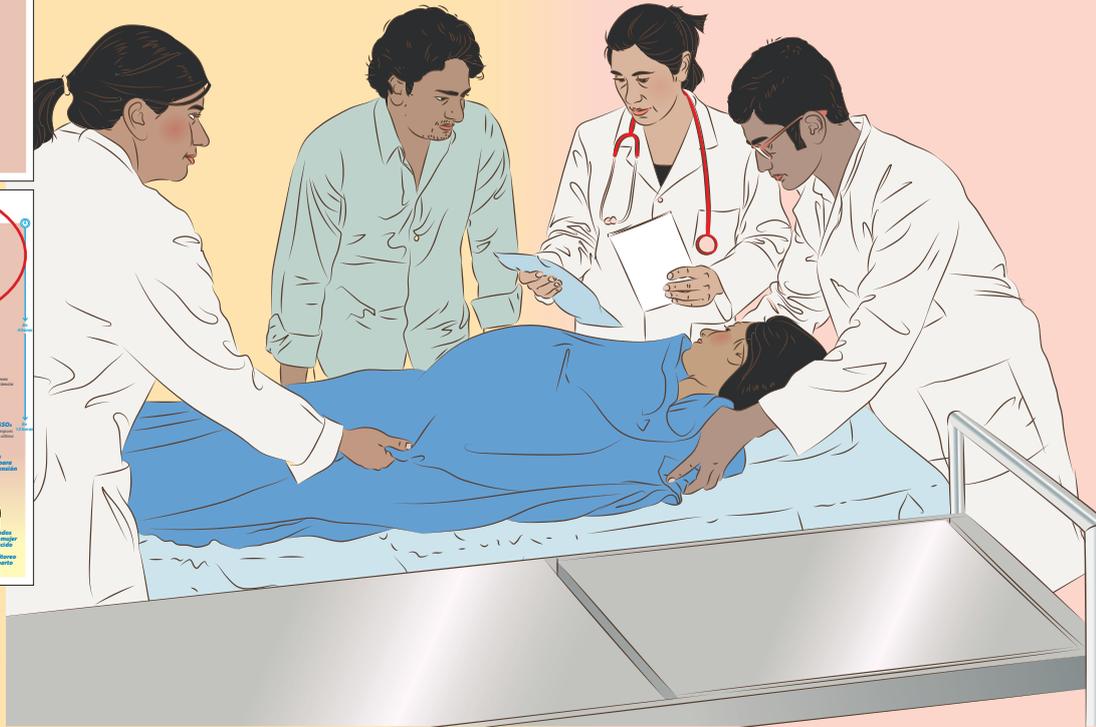
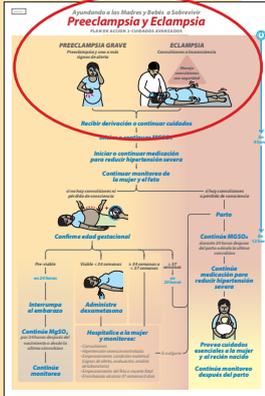
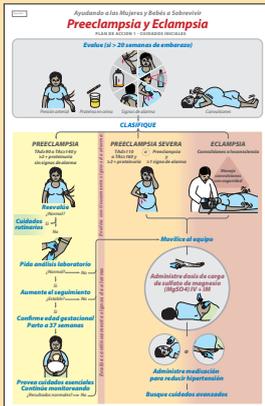
6. Mantenga abierta la vía intravenosa pero tenga precaución con el volumen de infusión debido al riesgo por sobrecarga de líquidos.
7. Complete el registro de derivación para enviar con la mujer. Incluya:
 - Nombre del centro que refiere y del que recibe
 - Información general de la paciente
 - Historia obstétrica (número de partos, EG, complicaciones prenatales)
 - Complicaciones post-obstétricas relevantes (p.ej.: antecedentes de cesárea/HPP)
 - Diagnóstico: PEG, E u otros
 - Tratamiento iniciado: cuál, cuándo, resultados
 - Nombre y firma del proveedor
8. Anote la referencia en el registro correspondiente.
9. Obtenga retroalimentación del centro de referencia y asegure que la mujer tenga un plan de seguimiento

Discusión grupal

- ¿Cómo son los "cuidados avanzados" en su centro de atención?
- ¿Son capaces de proveer atención de alta calidad? Si no es así, ¿dónde está el centro de referencia más cercano?

Manejo de la Preeclampsia Grave y Eclampsia

Reciba la derivación y reevalúe o continúe los cuidados



Desempeño esperado

Recibe, reevalúa y maneja apropiadamente a la mujer con PEG o E

Puntos clave

- La mujer puede llegar derivada de otro centro de salud o puede haber sido diagnosticada en su hospital.
- Si usted no hizo el diagnóstico inicial, realice una evaluación inicial rápida y revise la información del centro o de la unidad del hospital que deriva a la paciente.

Acciones clave

- **Evaluación rápida:**
 - Respiración, pulso, PA, reflejos y conciencia
 - Auscultar pulmones
 - Evaluar FCF /movimiento fetal
 - Confirmar EG
 - Evaluar Trabajo de parto /rotura de membranas
- **Provea cuidados de emergencia inmediatos si es necesario.** Asegúrese de que la mujer está estable.

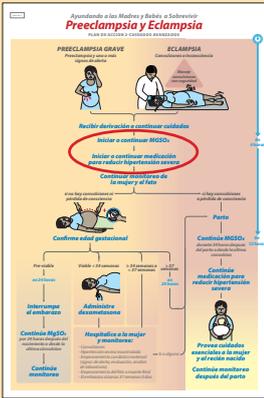
- **Revise la tarjeta de referencia o hable con el proveedor que deriva acerca del diagnóstico y el tratamiento administrado:**
- **¿Anticonvulsivos?**
 - ¿Ha sufrido la mujer convulsiones u otros signos de peligro?
 - ¿Ha recibido la dosis de carga de $MgSO_4$? Si es así, ¿qué dosis, vía y cuándo la recibió?
 - ¿Cuándo debe recibir la siguiente dosis de $MgSO_4$?
 - ¿Muestra la mujer algún signo de toxicidad por $MgSO_4$?
 - Revise la hoja de monitoreo de $MgSO_4$ o comience una nueva hoja.
- **¿Antihipertensivos?**
 - Revise el diagnóstico de hipertensión.
 - Tome la PA: ¿Es la PAs ≥ 160 o la PAD ≥ 110 ?
 - ¿Ha recibido medicación antihipertensiva?
 - Continúe el tratamiento antihipertensivo, si fuera necesario.
- **Balance hídrico**
 - Verifique si la mujer está recibiendo fluidos IV?

- Evalúe signos de edema pulmonar
- Si no hay signos de edema pulmonar, inicie o continúe fluidos IV
- Limite ingreso de fluidos a 1L cada 12 horas (2 litros en 24 horas).
- Revise si tiene instalada una sonda vesical para medir producción de orina. Si no es así, coloque una y comience una hoja de balance hídrico estricto.

- **Repita los exámenes de laboratorio**

Nota de consejería

Derivar a un centro de cuidados avanzados puede ser frustrante para la mujer y su familia. Recuerde informarles continuamente de lo que está haciendo y porqué. Actualice con la mujer periódicamente su estado y el estado del feto o del recién nacido. Háblele en un tono profesional y respetuoso y tome el tiempo necesario para contestar sus preguntas.

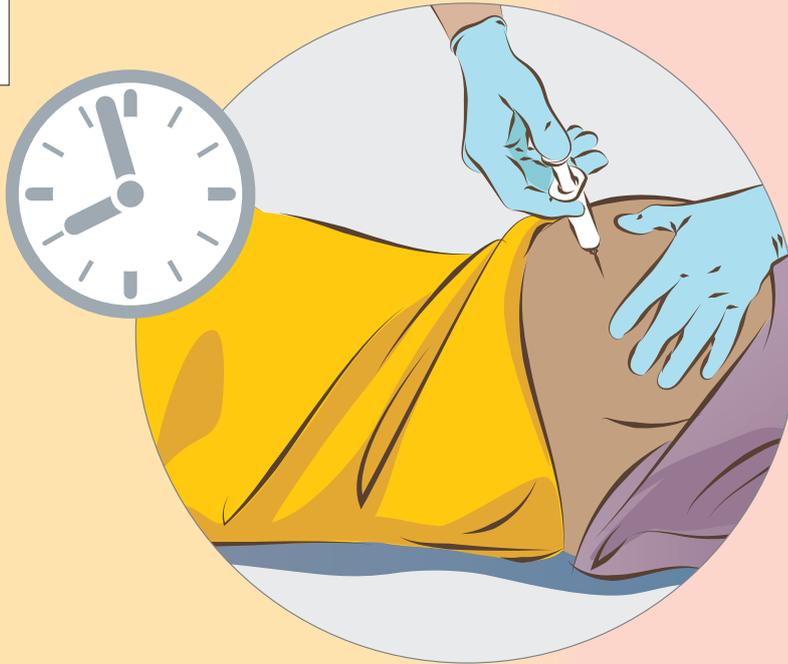


Manejo de la Preeclampsia Grave y Eclampsia

Inicie o continúe MgSO₄

Inicie o continúe medicación para reducir PA severa

para reducir PA severa



Desempeño esperado

- Comienza o continúa administrando $MgSO_4$ con confianza, competencia y seguridad.
- Comienza o continúa tratamiento antihipertensivo, si fuera necesario.

Puntos clave

- Si está usando terapia de mantenimiento de $MgSO_4$ IM, asegúrese siempre que no aparecen signos de toxicidad antes de administrar la siguiente dosis.
- Si está usando $MgSO_4$ IV (régimen de Zuspan), utilice infusión por gravedad o bomba de infusión y monitoree posible toxicidad por $MgSO_4$ cada hora.
- Monitoree a todas la mujeres cada hora ante posible toxicidad por $MgSO_4$.
- El $MgSO_4$ debe seguir administrándose durante 24 horas después del parto, NO OBSTANTE, si la mujer tiene convulsiones después del parto, deberá seguir administrando $MgSO_4$ durante 24 horas después de la última convulsión.
- El gluconato de calcio puede invertir la toxicidad debida al $MgSO_4$. Úselo si la mujer deja de respirar y manténgalo a mano.
- Use antihipertensivos para mantener PAs entre 140 y 155 mmHg y PAd entre 90 y 100 mmHg.

Conocimientos clave

- Para continuar el tratamiento, administre $MgSO_4$ cada 4 horas, (o de manera continua si administra $MgSO_4$ solamente IV).
- Continúe el tratamiento con $MgSO_4$ durante 24 horas después del nacimiento o 24 horas después de la última convulsión, lo que ocurra último.
- ¡Nunca deje sola a la mujer con PEG o EI!
- Mantenga PAs entre 140 y 155 mmHg y PAd entre 90 y 100 mmHg en mujeres con PA alta severa.

Acciones clave

- Monitoree FR, reflejos y producción de orina. Documente todo en la hoja de registro de $MgSO_4$.
- Antes de repetir $MgSO_4$, compruebe la aparición de alguna de los 3 signos de toxicidad. Asegúrese de que
 - FR \geq 16 respiraciones por min.
 - Reflejos rotulianos presentes
 - Producción de orina \geq 30 ml por hora de promedio en las 4 últimas horas
- Si no aparecen signos de toxicidad, administre

5 g $MgSO_4$ al 50% + 1 ml lidocaína al 2% IM cada 4 horas en glúteos alternos. Interrumpa $MgSO_4$ ante cualquier signo de toxicidad. Continúe monitoreando cada hora y documente los datos en la hoja de registro de $MgSO_4$.

- Reinicie $MgSO_4$ cuando no hayan signos de toxicidad. Limite la ingesta de líquidos a 1L/12h (2 L/ 24h)
- Si la producción de orina es menor de 30 ml/h: administre IV (suero salino o solución Ringer) 1 L durante 8 horas y monitoree edema pulmonar.
- Si escucha estertores: interrumpa fluidos y administre furosemida 40mg IV una sola vez.
- En caso de paro respiratorio:
 - ¡Grite para pedir ayuda!
 - Ventile con bolsa y máscara
 - Administre 1g de gluconato de calcio (10 ml al 1%) en IV lento durante 3 minutos
- Si PAd cae por debajo de 90 mmHg, reduzca la frecuencia o la dosis de antihipertensivos. Reducir PAd demasiado puede dañar al feto.
- Si PAd es mayor de 100 mmHg, aumente la dosis o frecuencia de hipertensivos o cambie de medicación hipertensiva.

	Pritchard (IV e IM)	Zuspan (IV solamente)	IM solaments (donde no es posible IV)
Dosis de carga $MgSO_4$	4 g en 20 ml (solución al 20%) IV por 5–20 minutos, seguido de 5 g en 10 ml (al 50%) inyección IM en cada glúteo	4 g en 20 mL (solución al 20%) IV por 5–20 minutos	5 g en 10 ml (solución al 50%) Inyección IM en cada glúteo
Mantenimiento $MgSO_4$	5 g en 10 ml (al 50%) Inyección IM cada 4 horas en glúteos alternos (Si se repiten las convulsiones después de 15 min, administrar 2 g (solución al 20%) - IV por 5 min	1 g/ hora infusión IV	5 g en 10 ml (solución al 50%) inyección IM cada 4 horas en glúteos alternos

Desempeño esperado

Provee estricto y continuo monitoreo de la mujer con PEG o E. Recuerda que la mujer puede empeorar rápidamente sin previo aviso.

Puntos clave

- *Recuerde: la cura para PEG o E es el parto. Mientras espera el parto, la mujer y el feto deben estar monitoreados al menos cada hora.*
- *La mujer con Eclampsia debe tener su parto tan pronto como esté estable, pero siempre en las siguientes 12 horas. Usualmente, las mujeres con PEG deben tener su parto en 24 horas.*
- *En algunos casos de PEG, si el feto está entre viable y 37 semanas y la mujer está estable, el parto se puede retrasar. **Solamente retrase el parto si la mujer y el feto pueden ser estrictamente monitoreados***

Conocimientos clave

- Las mujeres con PEG o E están en riesgo de presentar convulsiones, agravamiento de la enfermedad o muerte.
- El monitoreo materno y fetal incluye una evaluación continua y una respuesta rápida y apropiada si la mujer empeora

Acciones clave

- Mantenga una tabla de balance hídrico estricto para monitorear la ingesta de líquidos, la producción de orina y prevenir la sobrecarga de líquidos. Documente ingesta de líquidos
- Evalúe al feto con regularidad. Considere usar la ecografía para medir el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico si se retrasa el nacimiento.
- Evalúe al feto regularmente para signos de peligro o empeoramiento de la enfermedad.

Evalúe lo siguiente cada hora o más frecuentemente si fuera necesario:

- Pregunte a la mujer cómo se siente: ¿Se mueve el bebé?, ¿Tiene contracciones? ¿Tiene sangrado o pérdida de líquido vía vaginal?
- PA para decidir si necesita dosis de mantenimiento o medicación antihipertensiva.
- Respiración y pulso
- Color de la piel
- Reflejos
- Ingesta de líquidos y producción de orina. Si la producción de orina es < 30 ml por hora, interrumpa MgSO₄ y administre 1 L de líquidos IV durante 8 horas. Monitoree en caso de aparición de edema pulmonar y aumento de producción de orina. Si la producción de orina no aumenta con líquidos IV, puede ser un signo de falla renal.
- Ausculte la base de los pulmones para detectar estertores, lo que indicará edema

pulmonar. Si hay estertores, retire fluidos y administre 40 mg de furosemida IV una sola vez.

- Palpe el abdomen para detectar sensibilidad hepática.
- Evalúa la frecuencia cardíaca fetal.
- Si la mujer inicia trabajo de parto, use el partograma y controle la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos y la temperatura cada 4 horas.

Nota sobre cuidados avanzados

Síndrome HELLP

El síndrome HELLP es una complicación del embarazo que amenaza la vida. Aunque se asocia con PEG, no siempre responde a los criterios de PE/PEG. El síndrome HELLP son una serie de signos en mujeres embarazadas que muestran:

- Hemólisis
- Nivel elevado de enzimas hepáticas
- Recuento bajo de plaquetas

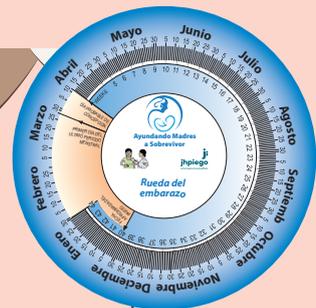
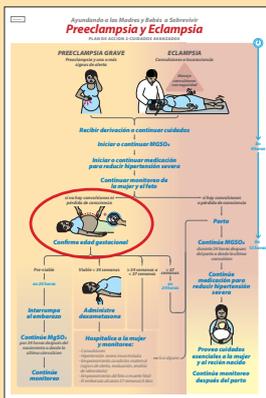
El síndrome HELLP se presenta en aproximadamente el 10% de las mujeres embarazadas que tienen PE y E.

Los síntomas de HELLP incluyen:

- Cefalea
- Náuseas y vómitos que siguen empeorando
- Problemas visuales
- Dolor epigástrico o dolor en el cuadrante superior derecho a la palpación

Si no aparecen convulsiones ni pérdida de consciencia

Confirme edad gestacional



Desempeño esperado

Calcula o confirma EG en mujeres con PE y E

Puntos clave

- Una vez que la paciente con PEG ha comenzado el tratamiento de $MgSO_4$ y la medicación antihipertensiva, necesita confirmar la edad gestacional para saber cuándo debe tener su parto y decidir si requiere de corticoesteroides prenatales para ayudar a madurar al feto.
- Dependiendo de la edad gestacional, la gestación puede encontrarse en una de las siguientes categorías:
 - Pre-viable
 - Viable, hasta 37 semanas
 - 37 semanas en adelante

Cada categoría requiere cuidados diferentes, por lo que se debe confirmar la edad gestacional.

Conocimientos clave

Es importante programar el parto para prevenir complicaciones graves, la muerte de la madre y el bebé y para proporcionar las mejores posibilidades de sobrevivencia al recién nacido.

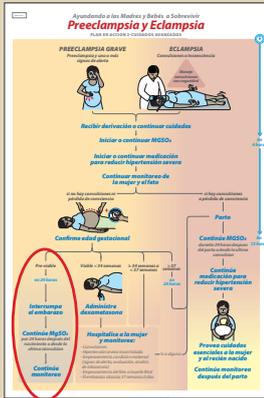
- El tratamiento definitivo para la mujer con PE y E es el parto
- PE y E y prematuridad incrementan el riesgo para el recién nacido
- Se pueden tomar medidas para incrementar la madurez pulmonar del feto antes de las 34 semanas.
- La mujer con Eclampsia debe tener su parto en las siguientes 12 horas, independientemente de la EG.

Puesto que las intervenciones están basadas en la edad gestacional y una intervención incorrecta puede causar daño, es importante confirmar la edad gestacional.

Cuando la fecha probable de parto no esté confirmada, se aconseja revisar la información con miembros experimentados del equipo de sala de maternidad para tomar la mejor decisión en cuanto al tratamiento.

Si el feto es pre-viable

Interrumpa el embarazo



Desempeño esperado

- *Determina la viabilidad del feto basándose en una rigurosa evaluación de la EG y factores individuales y de contexto.*
- *Si el feto no es viable, recomiende y realice la interrupción del embarazo.*
- *Se comunica con la mujeres y sus familias con honestidad y compasión.*

Puntos clave

- *Si la mujer desarrolla PEG cuando el feto es demasiado prematuro para sobrevivir, la terminación del embarazo en 24 horas puede salvar la vida de la mujer.*
- *El trato respetuoso y compasivo es esencial. Proporcione consejería para el duelo a la mujer y su familia.*
- *Continúe el tratamiento de $MgSO_4$ por 24 horas después del parto o después de la última convulsión y continúe monitoreo.*
- *Asesore a la mujer sobre el riesgo elevado de PEG y E en futuros embarazos además del riesgo de presión arterial elevada después de unos años.*
- *Asesore a la mujer en la importancia de espaciar sus embarazos y asegúrese que se va de alta con el método anticonceptivo de su elección.*

Conocimientos clave

- Una edad gestacional precisa es esencial para determinar si el feto es pre-viable.
- Un feto pre-viable es demasiado prematuro para sobrevivir. El límite de viabilidad dependerá del centro de salud y de los recursos del país.
- Si la mujer desarrolla PEG antes del tiempo de viabilidad fetal, la interrupción del embarazo reduce el riesgo de desarrollar complicaciones que amenazan la vida.
- Si el feto no es viable, el manejo expectante incrementa el riesgo de resultados no satisfactorios, incluyendo muerte fetal y muerte materna.
- Retrasar el parto para aumentar la madurez del feto pone en riesgo la vida de la madre y no mejora los resultados fetales.
- Puesto que PEG es progresiva y el parto es la cura, finalizar el embarazo puede salvar la vida de la mujer.
- La decisión de interrumpir el embarazo debe realizarse consultando a los médicos especialistas obstetras, neonatólogos/ pediatras si están disponibles. Cada caso es único y debe ser considerado individualmente.
- Es crítico comunicarse respetuosamente con la mujer y su familia acerca de las razones clínicas por las cuales se recomienda interrumpir el embarazo.

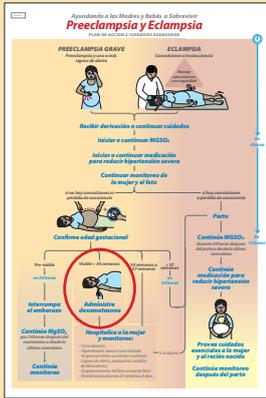
Acciones clave

- El método para interrumpir el embarazo dependerá de la edad fetal, la normativa local y el conocimiento y experiencia del proveedor.

Nota de consejería

Ayudando a las familias a sobrellevar la pérdida del embarazo:

1. La mayoría de las mujeres experimentan dolor y tristeza después de la interrupción del embarazo. Si la interrupción se produjo para salvar la vida de la madre, pueden además sentir culpabilidad.
2. La mujer y su familia siempre recordarán cómo fueron tratados por aquellos que les atendieron durante ese tiempo tan difícil.
3. Comunique las noticias difíciles en el tiempo adecuado, sin prisa y en una zona reservada. Responda a todas sus preguntas con honestidad.
4. Las mujeres pueden culparse a sí mismas (otros pueden también culpares a ellas) por la enfermedad y la pérdida. Recuerde a las mujeres, a sus parejas y a sus familias que no son culpables por PEG y E.
5. Favorezca la presencia de una persona de apoyo que la mujer escoja.



Si el feto es viable pero menor de 34 semanas

Administre Dexametasona



Desempeño esperado

Administra corticoesteroides prenatales a toda mujer con menos de 34 semanas que pueda tener su parto en los siguientes 7 días.

Puntos clave

- Administrar dexametasona a la mujer con un feto viable pero menos de 34 semanas para mejorar la condición del bebé. El mayor efecto se produce en las 48 horas después de la primera dosis.
- NO administre dexametasona si no puede confirmar que la edad gestacional es >24 semanas y <34 semanas.
- NO administre dexametasona si sospecha que la mujer tiene una infección o si el bebé pretérmino no puede recibir cuidados adecuados.

Conocimientos clave

- **La dexametasona es un corticoesteroide pre-natal (ACS). ACS reducen el riesgo de muerte en bebés pretérmino en un 31%**, ayudando a madurar los pulmones del feto y protegiendo el sistema intestinal y los vasos sanguíneos del cerebro.

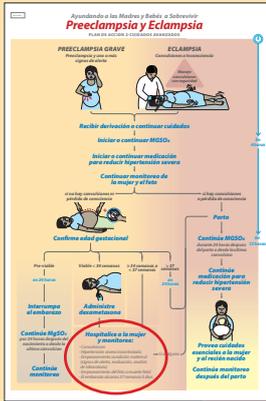
- **Administre dexametasona solo si:**
 - Alta confiabilidad de EG <34 semanas
 - Alta confiabilidad de que el parto se producirá en los próximos 7 días
 - No se sospecha infección materna (corioamnionitis o sepsis)
 - Puede proveer atención adecuada al recién nacido:
 - identificar y manejar el parto y nacimiento de un bebé prematuro
 - Puede proveer atención adecuada a un bebé prematuro, reanimación, cuidados térmicos, alimentación, tratamiento para infecciones y uso seguro de oxígeno
- El mayor efecto se da en las 48 horas después de la primera dosis. Aun así, incluso el nacimiento en unas pocas horas después de una dosis de ACS puede incrementar las posibilidades de sobrevivir.
- No retrase el parto para administrar la segunda dosis si necesita acelerar el parto para proteger a la mujer o al feto.
- **La dexametasona puede aumentar el riesgo de sepsis materna y mortalidad neonatal en bebés con EG \geq 37 semanas.**
- NO administre dexametasona si sospecha que la mujer tiene una infección.

Acciones clave

- Cuando la mujer tenga un cálculo de fechas fiables y la EG < 34 semanas, administre un ciclo de 24 mg dexametasona IM en dosis divididas
- **Administre 12 mg dexametasona IM tan pronto como sea posible, seguido de otra dosis de 12 mg IM 24 horas más tarde.**
- Administre solo un ciclo repetido si el parto no se produce en 7 días después de usar ACS y el riesgo de nacimiento de pretérmino persiste.
- **No administre más de dos ciclos. Puede ser perjudicial**

Nota:

La betametasona puede también utilizarse para madurar los pulmones del feto pero no es tan accesible y es más costosa que la dexametasona. La dosis de betametasona consiste también en 12 mg IM tan pronto como sea posible, seguido de otra dosis de 12 mg IM 24 horas más tarde. Otros esteroides no atraviesan la placenta y por lo tanto no son efectivos.



Si el feto es viable pero menor de 37 semanas y puede proveer monitoreo estricto,
Hospitalice a la mujer y provea monitoreo estricto



Desempeño esperado

Toma decisiones apropiadas basadas en los hallazgos clínicos y de laboratorio acerca de la elegibilidad para manejo expectante en mujeres con EG menor de 34 semanas.

Puntos clave

- **El manejo expectante en mujeres con PEG solo es una opción si la mujer y el feto están estables, con menos de 37 semanas y si está disponible el monitoreo continuo.**
- Si en cualquier momento se contraíndica el manejo expectante, el nacimiento debe producirse dentro de las siguientes 24 horas.

Conocimientos clave

- La PEG puede progresar rápidamente y poner en peligro a la mujer y al feto. Para considerar un retraso en el parto, el centro de salud debe ser capaz de:
 - Inducir el parto de manera segura y eficaz si fuera necesario
 - Proveer cirugía segura y cuidados post-operatorios
 - Proveer cuidado al bebé prematuro o enfermo
- Entre la viabilidad y las 37 semanas, puede ser posible prolongar el embarazo para disminuir

la mortalidad neonatal si:

- La mujer y el feto se encuentran estables
- La mujer puede ser atendida en un centro de cuidados avanzados.
- **NO podrá realizar manejo expectante si está presente alguno de los siguientes:**
 - Eclampsia; edema pulmonar; hipertensión severa e incontrolada; síntomas persistentes (dolor de cabeza, cambios en la visión, dolor en el cuadrante superior derecho); valores de laboratorio anormales (disfunción renal hepática, plaquetas bajas); síndrome de HELLP; coagulación intravascular diseminada (CID); desprendimiento de la placenta; shock materno; sufrimiento fetal; muerte de feto; trabajo de parto prematuro; rotura prematura de membranas
- El MgSO₄ disminuye la incidencia y gravedad de la parálisis cerebral. **Si la EG es menor de 32 semanas y hay riesgo de parto en las siguientes 24 horas, el MgSO₄ IV (régimen de Zuspan) ofrece neuroprotección fetal si está disponible una bomba de infusión IV o goteo por gravedad.**

Acciones clave

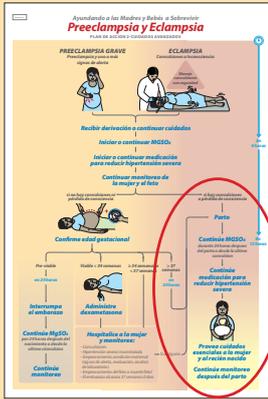
- Hospitalice a la mujer hasta el parto
- Evalúe el estado materno frecuentemente:
 - Signos vitales, balance hídrico, evaluación abdominal y del trabajo de parto cada 8 horas, exámenes diarios

de laboratorio. Estos exámenes pueden realizarse cada dos días si la mujer se encuentra estable y asintomática.

- Evalúe regularmente el bienestar fetal:
 - Revise diariamente movimientos y test no estresante, índice líquido amniótico dos veces por semana, crecimiento fetal por ecografía cada 2 o 3 semanas.
- Administre corticoesteroides si hay bastantes posibilidades de producirse el parto en los siguientes 7 días. Retrase el parto por 48 horas para completar un ciclo completo de corticoesteroides solo si la mujer y el feto se encuentran estables.
- Administre MgSO₄ e antihipertensivos según se requiera. Si la mujer está recomendada para manejo expectante, administre MgSO₄ durante 24-48 horas e interrúmpalo. Deberá reiniciar MgSO₄ si comienza el trabajo de parto o empeora la enfermedad.

Nota importante:

Si no puede monitorer a la mujer con PEG estable, deberá ser derivada inmediatamente a un centro de salud con la capacidad de monitoreo como se ha descrito anteriormente o deberá tener su parto en las siguientes 24 horas.



**Si presenta PEG inestable,
 PEG estable ≥ 37 semanas 0 días o Eclampsia con cualquier EG**

Parto



Desempeño esperado

- Induce el parto a toda mujer con PEG por encima de las 37 semanas de EG.
- Induce el parto a toda mujer con Eclampsia tan pronto como esté estable, independientemente de la EG.

Puntos clave

- La mujer con PEG >37 semanas debe dar a luz en las siguientes 24 horas.
- La mujer con PEG en cualquier EG que no esté estable debe dar a luz en las siguientes 24 horas.
- Una mujer con PEG en cualquier EG que no pueda ser monitoreada debe dar a luz en las siguientes 24 horas.
- Una mujer con eclampsia en cualquier EG debe dar a luz en las siguientes 12 horas.

Conocimientos clave

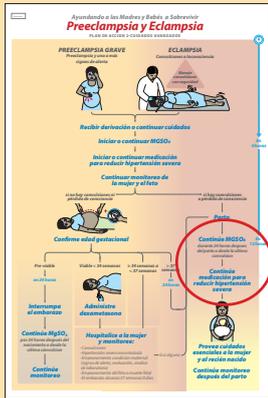
- El parto es el tratamiento definitivo para PEG y Eclampsia.
- Una mujer con PEG y EG < 37 semanas con contraindicación para manejo expectante o EG ≥ 37 semanas, debe dar a luz en las siguientes 24 horas. Si es posible, se aconseja parto vaginal.

- La decisión sobre el tipo de parto debe considerar: EG (cuanto más avanzada sea la EG, hay más probabilidad de una inducción satisfactoria), madurez del cuello uterino, si la mujer se encuentra en trabajo de parto y la condición y posición fetal.
- Se aconseja el parto vaginal, a no ser que se requiera cesárea por alguno de los siguientes motivos:
 - Indicación obstétrica
 - Frecuencia cardíaca fetal anormal o feto con condición inestable
 - Si no se espera un el parto vaginal en las siguientes 24 horas
- En centros de salud con unidad de cuidados intensivos neonatales, se deberá alertar al neonatólogo ante el parto esperado. Idealmente, un proveedor neonatal debe estar presente en caso de complicaciones.
- El parto, tan pronto la mujer esté estable, es el tratamiento definitivo para Eclampsia, independientemente de la EG. El parto deberá producirse en las siguientes 12 horas.

Acciones clave

- Continúe la administración de MgSO₄ intraparto y administre antihipertensivos si es necesario, independientemente del tipo de parto escogido.

- Evalúe el cuello uterino al considerar la inducción del parto.
 - Si el cuello uterino es favorable (suave, delgado y parcialmente dilatado), proceda a la inducción del parto según el protocolo del centro de salud.
 - Si el cuello uterino no es favorable (firme, grueso y cerrado), ayude a madurar el cervix usando misostropol, prostaglandinas o un catéter de balón.
 - Si el cuello uterino es aún desfavorable o la inducción del parto falla, proceda al parto por cesárea.
- Antes de proceder a la cesárea, asegure que:
 - se ha descartado coagulopatía
 - tiene acceso a una anestesia segura consulte con el anestesista acerca del mejor método
- Si la EG es < 34 semanas, administre la primera dosis de dexametasona para optimizar los resultados fetales solamente si no retrasa el parto.
- Continúe el monitoreo de la madre y el feto durante el trabajo de parto y el nacimiento.
- Monitoree el parto con el partograma.
- Mantenga la hoja de registro de MgSO₄ durante el trabajo de parto, parto y posparto



Provea atención esencial materna/neonatal y continúe el monitoreo después del nacimiento



Desempeño esperado

- Continúa tratamiento con $MgSO_4$ durante 24 horas después del nacimiento o 24 horas después de la última convulsión, lo que ocurra último
- Provee cuidados recomendados posparto maternos y neonatales
- Distingue entre hallazgos normales y anormales

Puntos clave

- La mujer está todavía en riesgo de PEG y E después del parto.
- El tratamiento con $MgSO_4$ debe continuarse durante 24 horas después del nacimiento o 24 horas después de la última convulsión, lo que ocurra último.
- Continúe terapia antihipertensiva todo el tiempo que la mujer tenga PA severa.
- Toda mujer debe recibir cuidados esenciales posparto.
- Todos los bebés deben recibir cuidados esenciales neonatales.

Conocimientos clave

- Recuerde: la mujer con PEG o E está aún en riesgo de convulsiones en el posparto.
- Continúe terapia apropiada antihipertensiva mientras la mujer tenga hipertensión severa.

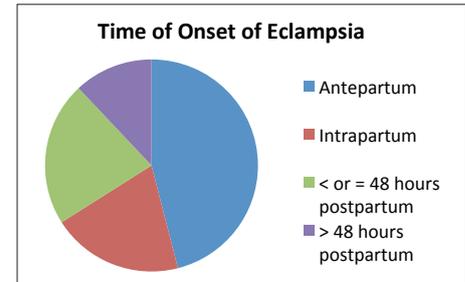
- **PEG puede empeorar o evolucionar a Eclampsia después del nacimiento. Monitoree al menos por 72 horas después del parto.**

Acciones clave

- Continúe tratamiento con $MgSO_4$ durante 24 horas después del nacimiento o 24 horas después de la última convulsión, lo que ocurra último. Recuerde la dosis de mantenimiento de $MgSO_4$ según la vía de administración:
 - Dosis mantenimiento $MgSO_4$ IM: 5 g al 50% en 10 ml inyección IM cada 4 horas en glúteos alternos.
 - Dosis mantenimiento $MgSO_4$ IV (régimen Zuspan): 1 g/hora infusión IV.
- **Continúe terapia antihipertensiva** para mantener PAd entre 90 y 100 mmHg.
- **Continúe $MgSO_4$** durante 24 horas después del nacimiento o 24 horas después de la última convulsión, lo que ocurra último.
- **Continúe auscultando los pulmones** ante riesgo de edema pulmonar.
- **Continúe monitoreando ingreso de líquidos y producción de orina.**
- No administre fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE) a mujeres con hipertensión no controlada, oliguria,

- insuficiencia renal o trombocitopenia.
- Favorezca cuidados rutinarios posparto y monitoreo según las normas nacionales.
- Asegúrese de que la madre entiende los signos de peligro y puede buscar ayuda si aparece alguno de esos signos.
- Asegúrese de que la mujer tiene un método anticonceptivo de su elección antes del alta.
- Comunique a la mujer que está en riesgo de PEG y E en futuros embarazos y en riesgo de hipertensión en los próximos años.

Provea cuidados esenciales neonatales rutinarios según se describen en la pág. 25.



Source: Sibai BM, Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2005;105(2):402

Abbreviations

ABS	Ayudando a los Bebés a Sobrevivir
ACS	Corticoesteroides prenatales (sigla en inglés)
AINE	Antiinflamatorios no esteroide
AMS	Ayudando a las Madres a Sobrevivir
AU	Altura uterín
BDAF	Baja, dosis alta frecuencia
CMR	Cuidados Maternos Respetuosos
E	Eclampsia
EG	Edad gestacional
FR	Frecuencia respirator
E	Eclampsia
FR	Frecuencia respirator
FCF	Frecuencia cardíaca fetal
FPP	Fecha probable de parto
FUM	Fecha última menstruación
HELLP	Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas (sigla en inglés)
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
MATEP	Manejo activo de la tercera etapa del parto
MgSO ₄	Sulfato de magnesio
OMS	Organización Mundial de la Salud
PE	Preeclampsia
PEG	Preeclampsia grave
PFH	Pruebas función hepática
PA _s	Presión arterial sistólica
PA _d	Presión arterial diastólica
VO	Vía oral

Referencias bibliográficas

Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. (2007). Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*.

Altenstadt, J., Hukkelhoven, C., Roosemalen, J., Bloemenkamp, K. (2012). Pre-eclampsia increases the risk for postpartum hemorrhage: a nationwide cohort study among more than 340,000 deliveries. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. V 206, Issue 1.

American Academy of Pediatrics. *Helping Babies Breathe Training Module*. 2011. Elk Grove Village, IL.

American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Guidelines for Perinatal Care*. (7th ed.).

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). (2013) *Taskforce on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy*: Washington, DC.

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). (Dec 2011) *Committee Opinion: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension with Preeclampsia or Eclampsia*. *Committee on Obstetric Practice*. (No. 514).

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). (Jan 2002) *Practice Bulletin on Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. (No. 33).

Duley L, Meher S, & Jones L. (2013). *Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (Review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7*.

Federal Ministry of Health, Population Council and MacArthur Foundation. (Feb 2010). *Training Manual On the Use of Magnesium Sulphate in the Management of Severe Pre-eclampsia and Eclampsia*.

Fischbach, F. (2004). *A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Jhpiego Corporation. (2015) *Bleeding after Birth. Helping Mothers Survive Training Module*.

Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, & von Dadelszen P. (2014). *Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: Executive summary*. *J Obstetric Gynaecology* 36(5):416–438.

MCHIP. *I Treat Patients and Their Families in the Way I Would Like to be Treated!* Retrieved from <https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Patient%20Care.pdf>.

MCHIP EmONC Seminar Series. 2013. *Managing Pre-Eclampsia/Eclampsia Module*. Jhpiego: Baltimore.

MCHIP Learning Resource Package. August 2011. *Prevention, identification, and management of pre-eclampsia and eclampsia: Learning Resource Package*. [Field-test version.] Jhpiego: Baltimore.

MCHIP Learning Resource Package. *Respectful Maternity Care Workshop*. Retrieved from https://www.k4health.org/sites/default/files/rmc_learning_resource_package.pdf.

Sibai, BM. (2005) *Diagnosis, prevention, and management of eclampsia*. *Obstetric Gynecology*; 105(2):402.

Smith JM, Lowe RF, Fullerton J, Currie SM, Harris L, Fleker-Kantors E. (2013). *An integrative review of the side effects related to the use of magnesium sulfate for preeclampsia and eclampsia management*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13:34.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). (Feb 2014). *Determination of Gestational Age by Ultrasound. Clinical Practice Guidelines*. (No. 303).

Steegers EAP, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. (2010) *Pre-eclampsia*. *Lancet*; 376: 631–44. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60279-6.

World Health Organization, *Maternal Mortality Fact Sheet*. (2015)

World Health Organization (WHO). (2005). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. WHO: Geneva, Switzerland.

WHO. (2011). *Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-eclampsia and Eclampsia*. WHO: Geneva, Switzerland.

ACTIVIDADES BDAF

¿Qué significa "práctica continua" y por qué es importante?

La capacitación no es suficiente para mejorar la atención. Es necesaria la práctica habitual y otras diferentes actividades para reforzar el conocimiento y las habilidades. La práctica mejora también el trabajo en equipo y la toma de decisiones.

¿Quién va a ayudarlo a practicar?

Pediremos a una o dos personas de su centro que coordinen las prácticas. El coordinador le recordará que practique y guiará las sesiones. Será un/a colega que ha aprendido cómo apoyar estas actividades. De todas maneras recuerde que si no tiene un coordinador o no está disponible puede practicar con sus compañeros.

Objetivo de las sesiones

Los objetivos de cada sesión están relacionados con los objetivos de aprendizaje. Las habilidades prácticas le ayudarán a mejorar sus habilidades, especialmente aquellas que no usa habitualmente. Durante las sesiones, asegúrese de mostrar una atención respetuosa, capacidad de trabajo en equipo y buena comunicación.

Preparación para la sesión

El plan de cada sesión incluye una serie de puntos que debe preparar. Los coordinadores de prácticas son responsables de que todo esté preparado. El plan de la sesión también incluye información para los coordinadores y proveedores sobre cómo llevar la sesión. Usted necesitará la guía del proveedor (GP) como referencia. Los coordinadores le orientarán si fuera necesario.

Simulación de la atención usando juego de roles

Para ayudarnos a practicar las habilidades y la toma de decisiones clínicas, usaremos juego de roles, de igual modo que hicimos durante la capacitación. Durante los juegos de roles, los coordinadores son responsables de lo siguiente:

- Crear un ambiente seguro para el aprendizaje
- Dirigir el juego de roles
- Conducir el resumen estructurado
- Apoyar el diálogo para mejorar el aprendizaje
- Identificar y explorar las brechas
- Ayudar a los proveedores a traspasar a la práctica clínica los conocimientos adquiridos

Resumen

Durante el resumen, los coordinadores le guiarán para que analice su propio desempeño y el desempeño del equipo. Esto brinda a todos la oportunidad para aprender, revisando lo que ha pasado. Los coordinadores y proveedores deben ser positivos y evitar descalificar a los demás. El objetivo es la auto reflexión y la mejora de equipo.

Sesión 1 Preparando un botiquín de emergencia para PE y E y un plan de referencia. 15 – 30 minutos

Lea los objetivos en voz alta:

- Preparar un botiquín de emergencia para PE y E o asegurar de que el botiquín general tiene los insumos correctos para PE y E
- Establecer un protocolo para mantener completo este botiquín
- Revisar y actualizar O establecer y anunciar un plan de referencia

NOTA:

Si ya tiene un botiquín de emergencia para PE y E, confirme que está completo y que hay un responsable de revisarlo, luego salte a la sección Planificando la Referencia

Preparación:

- Si su centro de atención tiene un plan de referencia, revíselo con el equipo.
- Abra otra página en la GP, pág. 37

Materiales:

- Contenedor hermético con tapa para mantener el contenido limpio y seco
- Reloj individual o de pared
- Marcador, bolígrafo y papel
- Plan de referencia

Actividad:

El coordinador controlará el tiempo. Todo el personal de la sala de partos participará en la actividad. El coordinador dirá a los proveedores: "Cuando diga 'ya' tomen todos los insumos de la lista del botiquín de PE y E y colóquenlos en el contenedor." Cuando el coordinador diga "¡ya!" comenzará a cronometrar el tiempo que toma al equipo recoger todos los insumos. Si después de 10 minutos no están todos los insumos en el contenedor, detenga la actividad. Comente en grupo cada pregunta y realice cada tarea:

- "Este ejercicio nos llevó (x) minutos con (y) participantes. ¿Por qué llevó tanto tiempo buscar los insumos?"
- "¿Encontramos todos los insumos?. Si no es así, ¿cuáles faltan?"

- Etiquete el contenedor lleno "Botiquín PE y E" y pegue con cinta adhesiva en la parte superior la lista de insumos. Incorpore este botiquín al carro de emergencias o colóquelo en un lugar seguro accesible a todos
- Decida quién revisará el botiquín semanalmente para asegurar que está completo y no hay insumos caducados

Plan de referencia

- Si su centro de atención, por cualquier motivo, deriva pacientes, revise el plan de referencia. Asegúrese de que está visible, con números de contacto del hospital de referencia y transporte de emergencia. Considere añadir estos contactos en los celulares del equipo.

Sesión 2 Toma de PA y evaluación de los reflejos

10 minutos

Lea los objetivos en voz alta:

- Asegurar que el equipo para tomar la PA está calibrado.
- Tome correctamente la PA.
- Evaluar correctamente si hay reflejos.
- Entender que debe monitorear reflejos cada hora debido a posible toxicidad por $MgSO_4$.

- Entender que la dosis de $MgSO_4$ debe interrumpirse si desaparecen los reflejos.

Materiales:

- Llave de calibración
- Equipos de PA, estetoscopios y martillos de reflejos

Preparación: El coordinador de prácticas le ayudará individualmente o en parejas (máx. 3 parejas). Usted también puede practicar por si mismo. Si no tiene martillo de reflejos, use el estetoscopio o el lado de su mano.

Actividad - Toma de la presión arterial

Todos los proveedores deben seguir estos pasos a la vez:

- Revise el equipo para tomar la presión arterial. Si la aguja no está en 0 o apuntando hacia abajo, use la llave de calibración (incluida en el esfigmomanómetro) para ajustar la aguja en "0".
- Para la mayoría de los equipos, la ranura de calibración está debajo del dial. Tire del tubo cuidadosamente e inserte la llave en la ranura. Gire con cuidado hasta que la aguja esté apuntando para abajo o en el "0". Guarde la llave y anote dónde la deja. Calibre todos los equipos cada 6 meses.

Divida al grupo en parejas para practicar la toma de PA y evaluación de los reflejos. Abra otra GP en la pág 11 y aporte sugerencias de apoyo a cada uno mientras se asegura:

- Posición correcta de la "cliente"
- Colocación correcta del manguito y estetoscopio
- Infla a 180mmHg y luego libere alrededor 3 mmHg por segundo

Es importante que se guíe por lo que oye, no por lo que ve. Recuerde que cada línea corresponde a 2mmHg.

- Cuando los primeros proveedores finalicen, pregúnteles el resultado de la medición.
- Recuérdeles que no deben redondear el resultado sino usar el valor preciso.
- Cambie de roles y repita.

Actividad - Reflejos

Asegure un espacio privado y seguro para el aprendizaje. Los proveedores deberán tocarse las rodillas unos a otros y las "clientas" deben estar relajadas. La "cliente" debe acostarse en una cama con las piernas relajadas o sentarse con las piernas colgando libremente. Los pies no deben apoyarse en el suelo. :

- Sentir el tendón profundo justo debajo de la rótula.
- Usando la parte ancha del martillo de reflejos, el borde del estetoscopio o el

lado de la mano golpear el tendón con un movimiento rápido y suave. Esto sacudirá la pierna.

Una vez que los proveedores verifiquen los reflejos, cambie los roles en las parejas. Si algún participante no lo consigue, debe intentar con un método diferente (martillo, estetoscopio, mano) o con un compañero diferente.

Sesión 3

Juego de roles Trabajo de Parto

30 minutos

Lea los objetivos en voz alta:

- Evaluar correctamente PE y E
- Clasificar correctamente PE y E basándose en la evaluación
- Proveer un manejo inicial correcto para PE y E

Materiales:

- Botiquín de emergencia de PE y E
- Plan de Acción/Guía del Proveedor
- Tiras reactivas para orina
- Rueda del embarazo o calendario
- Cinta métrica y fetoscopio
- Hoja de monitoreo del MgSO₄

Preparación:

- Necesita al menos 3 personas: 1 "cliente" (coordinador), 1 proveedor y un asistente
- Durante esta sesión solamente la cliente y el coordinador tendrán abierta la GP. Prepare los materiales con antelación.

Actividad:

- La "cliente" debe conocer la información que sigue, pero no la compartirá hasta que el "proveedor" le realice las evaluaciones respectivas durante la simulación.
- Antecedentes de PE en embarazos previos
- PA: 142/84
- Proteína en la orina 1+
- Altura del útero: 36 cm
- Frecuencia cardíaca fetal: 154
- Cérvix dilatado 6 cm
- Contracciones cada 4 min por 40 seg
- Signos de peligro: cefalea intensa que no responde a medicación, visión borrosa, sin dolor en el cuadrante superior derecho, sin dificultad respiratoria ni estertores y sin antecedentes de convulsiones.

Si el proveedor evalúa otros aspectos, responda con resultados normales. El coordinador actuando como "cliente" lee la siguiente situación y procede con el juego de roles como si fuera una situación clínica real: :

“Sara (35 años) está embarazada de su 5° hijo. Acaba de llegar a la sala de partos con trabajo de parto. Su hoja de registro indica EG de 37 semanas y 0 días hoy, en base a FUM confiable. Entreviste a Sara e inicie los cuidados. Realice todas las evaluaciones que considere, excepto el examen vaginal. La clienta le dará todos los valores. Para el examen vaginal, simplemente pregunte.”

El coordinador /clienta debe detener el juego de roles después de administrar la dosis de carga. El equipo trabajará las siguientes preguntas usando el Plan de Acción y el Rotafolio cuando sea necesario. Las respuestas se encuentran en la pág. 64:

1. ¿Cómo piensan que resultó el juego de roles? ¿Cómo se sintieron?
2. En cuanto a la evaluación, ¿qué información recogieron y qué otras preguntas pudieron haber realizado?
3. ¿Cuál fue su diagnóstico? (vea la clasificación en pág.18)
4. ¿Qué hicieron para Sara y por qué?
5. ¿Hay algo que hayan aprendido y que puedan utilizar con una clienta real? ¿Qué mejorarían la próxima vez?

Sesión 4

Evaluación de la edad gestacional (EG) usando la FUM

15 minutos

Lea los objetivos en voz alta:

- Calcular la EG usando la FUM

Materiales:

- Rueda de embarazo o calendario, papel y lápices

Preparación:

- Practique en parejas
- Vaya a la pág. 23 para repasar el cálculo de FPP y EG

Discusión:

Si la mujer no recuerda el primer día de su FUM, ayúdela relacionando la FUM con días feriados u otros eventos. Use la rueda de EG o un calendario. Tome tiempo para explicar cómo se hace el cálculo si los proveedores no están familiarizados.

Practique el cálculo de EG:

Los proveedores deben practicar primero el cálculo por sí mismos. **Use el 10 de Abril como la fecha de hoy.** Las respuestas están en la pág. 64. Compare cada respuesta y debata después de cada caso.

Caso 1: una mujer llega a su primera visita prenatal y está segura que su FUM fue el 28 de Septiembre, día de su cumpleaños.

1. ¿Cuál es su FPP y EG hoy (10 de Abril) basándose en la FUM?
2. Si la altura uterina mide 27 cm, ¿tiene usted un alto o bajo grado de confianza en esta estimación de la EG?

Caso 2: Una mujer dice que su FUM terminó justo antes de las elecciones o el 15 de Agosto y sus periodos menstruales normalmente duran entre 5 y 7 días.

1. ¿Cuál diría que es su FUM?
2. ¿Cuál es su FPP y EG hoy (10 de Abril), basándose en la FUM?
3. ¿Si la altura del útero mide 36 cm, ¿tiene usted un alto o bajo grado de confianza en esta estimación de la EG?

Caso 3: Una mujer dice que el primer día de su FUM fue alrededor del último día de Julio.

1. ¿Qué utilizaría para calcular su FUM?
2. ¿Cuál es su FPP y EG hoy (10 de Abril) basándose en su FUM?
3. Si la altura uterina mide 32 cm, ¿tiene usted un alto o bajo grado de confianza en esta estimación de la EG?

Sesión 5

Cálculo de la EG usando la medición de altura uterina

10 minutos

Lea los objetivos en voz alta:

- Calcular la EG y el crecimiento fetal usando la medida de fondo uterino

Materiales:

- Cinta métrica

Preparación:

El coordinador entrenará a los proveedores durante 1-2 exámenes prenatales. (la EG de la mujer deberá ser >24 semanas).

El coordinador y los proveedores deben revisar los pasos para realizar la medición de la AU en pág. 23 antes de ver a la cliente.

Actividad:

El proveedor debe:

- Saludar a la cliente y presentarse
- Revisar FPP, FUM y EG al de hoy
- Decir a la cliente lo que le va a hacer y porqué
- Colocar el "0" de la cinta métrica encima de la sínfisis del pubis. Estirar la cinta a lo largo del abdomen. Colocar la segunda mano sobre el fondo uterino, sujetando la cinta. AU y EG = cm en la cinta métrica marcados en el fondo del útero.

- Comparar los resultados con la EG usando la FUM y comprobar si coinciden.
- Explicar los resultados a la cliente

Separados de la cliente, el coordinador y proveedor deben analizar si sus resultados coinciden. El coordinador brindará retroalimentación de apoyo respecto a la técnica utilizada y la comunicación. El proveedor puede repetir las mediciones si es necesario. Si se necesita más práctica, el coordinador puede ayudar al proveedor durante mas exámenes clínicos.

Sesión 6

Juego de Roles Visita prenatal 1

30 minutos

Lea los objetivos en voz alta:

- Evaluar correctamente PE y E durante la visita prenatal.
- Clasificar correctamente PE y E según la evaluación.
- Proveer manejo inicial correcto en el lugar de la visita prenatal.

Materiales:

- Plan de Acción/ Guía del Proveedor
- Equipo para tomar la PA
- Estetoscopio

- Tiras reactivas para la orina
- Rueda de embarazo, si está disponible
- Cinta métrica y fetoscopio

Preparación:

- Necesita al menos 2 personas: 1 proveedor y el coordinador actuando como "cliente".
- Durante esta sesión, solamente las "clientas"/ coordinadores mantendrán abierta la GP. Busque un espacio privado disponible y prepare los materiales con antelación.

Actividad:

La "cliente" debe conocer la siguiente información, pero no la compartirá hasta que el "proveedor" le realice las evaluaciones respectivas durante el juego de roles.

- FUM conocida : 16 Agosto
- Altura fondo uterina: 33 cm
- PA 148/88
- Proteína en la orina 2+
- Sin signos de peligro por el momento
- FCF: 150

Si el proveedor evalúa otros aspectos, responda con resultados normales.

La "cliente" lee a continuación y procede a realizar el juego de roles como si fuera un caso clínico real:

"La Sra N tiene 21 años, G3P2, y asiste hoy, 10 de abril, a su 4a visita prenatal. Entrevístela y realice una visita prenatal rutinaria. Realice todas las evaluaciones. La cliente le dará todos los valores."

El coordinador/clienta interrumpirá el juego de roles al final de la visita y dirá: "Han pasado 4 horas y su presión arterial es 150/86. ¿Qué haría usted ahora?"

Los "proveedores" deben informar y debatir las preguntas siguientes usando el Plan de Acción y el Rotafolio cuando sea necesario. Las respuestas están en la pág. 65:

1. ¿Cómo piensan que resultó el juego de roles? ¿Cómo se sintieron?
2. En cuanto a la evaluación, ¿qué información recogieron y qué otras preguntas / evaluaciones pudieron haber realizado?
3. ¿Cuál es su FPP y EG?
4. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
5. ¿Qué hicieron para la Sra N? ¿Por qué?
6. ¿Hay algo que hayan aprendido y que puedan utilizar con una clienta real? ¿Qué mejorarían la próxima vez?

Sesión 7 Juego de roles - Posparto

30 minutos

Lea los objetivos en voz alta:

- Evaluar correctamente los signos de toxicidad por MgSO₄
- Administrar correctamente la dosis de carga
- Administrar correctamente antihipertensivos
- Proveer manejo continuado de PE y E

Materiales y preparación:

Los mismos que en la Sesión 6

Actividad:

La "clienta" debe conocer la información que sigue, pero no la compartirá hasta que el "proveedor" le realice las evaluaciones respectivas durante el juego de roles.

- PA: 160/108
- Reflejos presentes
- Producción de orina 150 ml en 4 horas
- Frecuencia respiratoria 18. Pulmones limpios

Si el proveedor evalúa otros aspectos, responda con resultados normales.

La "cliente" o coordinador lee la información siguiente e inicia la simulación como si se tratara de un caso clínico real:

"La Sra S dio a luz a un bebé sano anoche. La madre desarrolló PEG durante las siguientes dos horas después del parto, con una PA de 170/114 y recibió MgSO₄, dosis de carga de 4g IV y 10 g IM, además de 20 mg Nifedipina vía oral a las 5 AM. Ahora son las 9 AM y usted va a evaluarla. Proceda a atenderla como haría normalmente. Evalúe lo que considere necesario. Su clienta le dará los valores."

El coordinador/clienta debe detener el juego de roles cuando finalice la interacción.

Los "proveedores" deben informar y debatir las preguntas siguientes usando el Plan de

Acción y el Rotafolio cuando sea necesario. Las respuestas están en la pág. 65 :

1. ¿Cómo piensan que resultó el juego de roles? ¿Cómo se sintieron?
2. En cuanto a la evaluación, ¿qué información recogieron y qué otras preguntas/ evaluaciones pudieron haber realizado?
3. ¿Que hicieron para la Sra S? ¿Por qué?
4. ¿Cuándo deben interrumpir MgSO₄?
5. ¿Cuándo la Sra S y su bebé pueden regresar a casa?
6. ¿Hay algo que hayan aprendido y que puedan utilizar con una clienta real? ¿Qué mejorarían la próxima vez?

Sesión 8 Juego de roles Visita prenatal 2 30 minutos

Objetivos:

- Manejar correctamente una convulsión
- Clasificar correctamente PE y E
- Proveer manejo inicial correcto de PE y E

Materiales y Preparación: los mismos que en la sesión 6 más una máscara de oxígeno.

Actividad

La clienta o coordinador lee la información siguiente e inicia la simulación como si se tratara de un caso real: "Linda es una mujer embarazada

de su primer bebé. Viene a la consulta debido a un dolor de cabeza intenso. Usted la saluda, la lleva al área de examen y le toma la PA (152/108). Cuando retira el manguito, Linda comienza a convulsionar". Inicie los cuidados. Realice las evaluaciones que considere. La "cliente" le dará todos los valores.

Maneje la situación como una emergencia real. Cuando finalice el juego de roles y la cliente esté estable, revisen juntos los pasos para el manejo de convulsiones en la pág.17 e intercambien impresiones. Las respuestas están en la pág. 65

1. ¿Cómo piensan que resultó el juego de roles?
¿Cómo se sintieron?
2. ¿Cuál fue su diagnóstico?
3. En cuanto a la evaluación, ¿qué información recogieron y qué otras preguntas/ evaluaciones pudieron haber realizado?
4. ¿Qué hicieron para Linda y porque?
5. ¿Hay algo que hayan aprendido y que puedan utilizar con una cliente real?
¿Qué mejorarían la próxima vez?

RESPUESTAS

Sesión 3

Juego de roles Trabajo de Parto

1. Abra el diálogo – Tome en consideración la comunicación con el equipo y la cliente, la cantidad de tiempo empleada hasta iniciar el tratamiento y otras observaciones.
2. ¿Evaluaron los proveedores lo siguiente?:
Antecedentes clínicos, EG, examen abdominal, examen vaginal, frecuencia cardíaca fetal, PA, proteína, signos de peligro. Si no fueron evaluadas, discuta porqué.
3. PEG (PA elevada y signos de peligro)
4. ¿Realizaron los siguientes puntos?:
 - ¿Movilizaron al equipo y usaron el botiquín de emergencia de PE/E?
 - ¿Administraron la dosis de carga correcta de MgSO₄ e iniciaron la hoja de monitoreo de MgSO₄?
 - ¿Solicitaron exámenes de laboratorio (si estuvieran disponibles)?
 - ¿Prepararon una derivación urgente (si este no es un centro de cuidados avanzados)?
 - ¿Informaron a Sara acerca de lo que estaba pasando y porque?
5. Ayude a los proveedores a identificar una conducta específica o habilidad para mejorar, considerando el trabajo en equipo, la comunicación, preparación del tratamiento, etc

Sesión 4

Evaluación edad gestacional (EG) usando FUM

Caso 1:

1. FPP: 5 de Julio; EG hoy: 27 semanas y 5 días
2. Alto grado de confianza

Caso 2:

1. 8 de Agosto
2. FPP: 15 de Mayo; EG hoy: 35 semanas, 0 días
3. Bastante confianza

NOTA: Los proveedores deben contar 5-7 días de duración del periodo menstrual y restarlos para calcular el primer día de la FUM.

Caso 3:

1. 31 de Julio
2. FPP: 7 Mayo; EG hoy: 36 semanas, 2 días
3. Baja. > 3 semanas de diferencia

NOTA: La mujer está haciendo un cálculo menor que el que corresponde. La fecha de su FUM puede ser incorrecta o el feto no está creciendo adecuadamente. Debata cómo soluciona en su centro de atención los cálculos erróneos.

Sesión 6

Juego de roles Visita prenatal 1

1. Abra el diálogo - Tome en consideración la comunicación con la cliente.
2. ¿Evaluaron los proveedores lo siguiente?: Antecedentes clínicos, EG, examen abdominal, frecuencia cardíaca fetal, PA, proteína, signos de peligro. Si no fueron evaluadas, discuta porqué. ¿Hicieron volver a la mujer en 4 horas?
3. FPP = 23 Mayo, EG (hoy 10 Abril) = 34 semanas, 0 días
4. Diagnóstico = PE (PA elevada más proteinuria)
5. Repitieron la toma de PA en 4 horas, si la mujer pudo esperar. Preguntaron de nuevo a la Sra N si tiene algún signo de peligro. Han solicitado análisis de laboratorio si está disponible. Aumentaron las visitas de seguimiento a 2 veces por semana. Brindaron consejería sobre signos de peligro de PE y E y la necesidad de consultar de inmediato si aparecen, así como consejería rutinaria de la atención prenatal, incluyendo la preparación para el parto y ante complicaciones.
6. Oriente a los proveedores para que identifiquen una conducta específica o habilidad a mejorar, considerando la evaluación, la comunicación, consejería sobre posibles riesgos, etc.

Sesión 7

Juego de roles Posparto

1. Abra el diálogo - Tome en consideración la comunicación con la cliente y el tiempo dedicado a la evaluación y el tratamiento.
2. ¿Evaluaron los proveedores las siguientes áreas?: PA, reflejos, respiración, producción de orina? Si no fueron evaluadas, discuta porqué.
3. ¿Prepararon 5 g $MgSO_4$ al 50% con 1 ml de lidocaína al 2% IM? ¿Administraron antihipertensivos (de acuerdo a la situación)? ¿Documentaron la evaluación y la medicación en la hoja de monitoreo de $MgSO_4$? ¿Informaron a la Sra S acerca de lo que está pasando y porqué?
4. El $MgSO_4$ será interrumpido si la Sra S muestra señales de toxicidad. De lo contrario, deberá interrumpir el $MgSO_4$ a las 5am de la mañana siguiente si no sufre ninguna convulsión.
5. Ma Sra S y su bebé pueden ir a casa cuando la madre esté estable - lo que significa que su PA se encuentra en el rango normal y los resultados de laboratorio son tranquilizadores.
6. Oriente a los proveedores para que identifiquen un comportamiento específico o habilidad para mejorar, considerando la evaluación, la comunicación, orientación ante posibles riesgos, etc.

Sesión 8

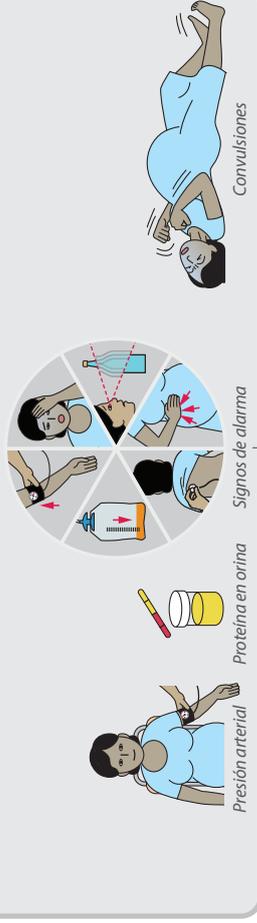
Juego de roles Atención visita prenatal 2

1. Abra el diálogo - Tome en consideración la comunicación clara de los roles del equipo.
2. Eclampsia
3. Compruebe que hicieron lo siguiente: gritar para pedir ayuda, asegurarse que las vías respiratorias están abiertas y la mujer está de costado, administraron 4-6 L de oxígeno si está disponible, usaron bolsa y máscara si no está respirando, evaluaron la circulación sanguínea, la protegieron sin sujetarla para que no se lesionara, no introdujeron nada en su boca, iniciaron la dosis de carga inicial de $MgSO_4$ y los antihipertensivos.
4. Misma información que el punto 3 anterior.
5. Oriente a los proveedores para que identifiquen una conducta específica o habilidad para mejorar, considerando el trabajo en equipo durante una emergencia, la comunicación, la preparación del tratamiento, etc.

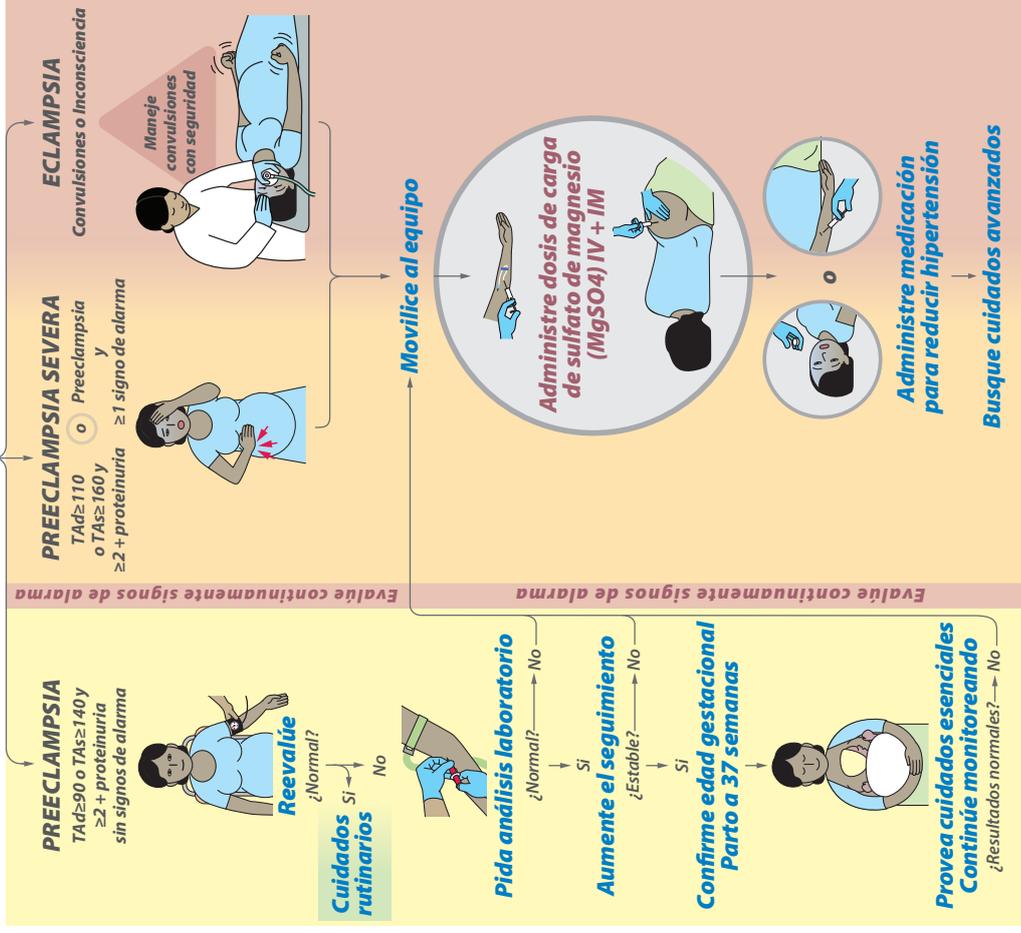
Ayudando a las Mujeres y Bebés a Sobrevivir Preeclampsia y Eclampsia

PLAN DE ACCION 1 - CUIDADOS INICIALES

Evalue (si > 20 semanas de embarazo)



CLASIFIQUE



Ayudando a las Madres y Bebés a Sobrevivir Preeclampsia y Eclampsia

PLAN DE ACCION 2- CUIDADOS AVANZADOS



PREECLAMPSIA GRAVE

Preeclampsia y uno o más signos de alerta



ECLAMPSIA

Convulsiones o Inconsciencia



Maneje convulsiones con seguridad

Recibir derivación o continuar cuidados

Iniciar o continuar MGSO₄

Iniciar o continuar medicación para reducir hipertensión severa

Continuar monitoreo de la mujer y el feto

si no hay convulsiones ni pérdida de consciencia



si hay convulsiones o pérdida de consciencia

Parto

Confirme edad gestacional

Pre-viable
en 24 horas

Interrumpa el embarazo

Continúe MgSO₄
por 24 horas después del nacimiento o desde la última convulsión

Continúe monitoreo

Viable < 34 semanas



Administre dexametasona

Hospitalice a la mujer y monitoree:

- Convulsiones
- Hipertensión severa incontrolada
- Empeoramiento condición maternal (signos de alerta, evaluación, análisis de laboratorio)
- Empeoramiento del feto o muerte fetal
- El embarazo alcanza 37 semanas 0 días

≥ 34 semanas a < 37 semanas

> 37 semanas
en 24 horas

Provea cuidados esenciales a la mujer y al recién nacido

Continúe monitoreo después del parto

Continúe MGSO₄
durante 24 horas después del parto o desde la última convulsión

Continúe medicación para reducir hipertensión severa

En 12 horas

En 4 horas

Ayudando a las Mujeres y Bebés a Sobrevivir
Preeclampsia y Eclampsia
 PLAN DE ACCIÓN 1 - CUIDADOS INICIALES

Evalue (si > 20 semanas de embarazo)



CLASIFIQUE

PREECLAMPSIA
 TAd \geq 90 o TAs \geq 140 y
 \geq 2+ proteinuria
 sin signos de alarma



Reevalúe

¿Normal?

Cuidados rutinarios

Si → No



Pida análisis laboratorio

¿Normal? → No

Aumente el seguimiento

¿Estable? → No

Confirme edad gestacional
 Parto a 37 semanas



Provea cuidados esenciales
 Continúe monitoreando

¿Resultados normales? → No

PREECLAMPSIA SEVERA
 TAd \geq 110 o TAs \geq 160 y
 \geq 2+ proteinuria
 \geq 1 signo de alarma



ECLAMPSIA
 Convulsiones o Inconsciencia



Maneje convulsiones con seguridad

Movile al equipo



Administre dosis de carga
 de sulfato de magnesio
 (MgSO₄) IV + IM



Administre medicación
 para reducir hipertensión

Busque cuidados avanzados

Evalúe continuamente signos de alarma

Evalúe continuamente signos de alarma

Ayudando a las Madres y Bebés a Sobrevivir
Preeclampsia y Eclampsia
 PLAN DE ACCIÓN 2 - CUIDADOS AVANZADOS

PREECLAMPSIA GRAVE
 Preeclampsia y uno o más
 signos de alerta



ECLAMPSIA
 Convulsiones o Inconsciencia



Maneje convulsiones con seguridad

Recibir derivación o continuar cuidados

Iniciar o continuar MGSO₄

Iniciar o continuar medicación
 para reducir hipertensión severa

Continuar monitoreo de
 la mujer y el feto



Confirme edad gestacional

Pre-viable
 en 24 horas

Interrumpa
 el embarazo

Continúe MgSO₄
 por 24 horas después del
 nacimiento o desde la
 última convulsión

Continúe monitoreo

Viable < 34 semanas



Administre
 dexametasona

Hospitalice a la mujer
 y monitoree:

- Convulsiones
- Hipertensión severa incontrolada
- Empeoramiento condición matetal (signos de alerta, evaluación, análisis de laboratorio)
- Empeoramiento del feto o muerte fetal
- El embarazo alcanza 37 semanas 0 días

\geq 34 semanas a
 < 37 semanas

en 24 horas

> 37
 semanas

en 24 horas

→ Si a alguno

Parto

Continúe MGSO₄
 durante 24 horas después
 del parto o desde la última
 convulsión

Continúe
 medicación para
 reducir hipertensión
 severa



Provea cuidados
 esenciales a la mujer
 y al recién nacido

Continúe monitoreo
 después del parto

En 4 horas

En 12 horas